



UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Ústav pro ošetřovatelství

**Ošetřovatelská péče o nemocnou s diagnózou
Stresová inkontinence**

(Nursing care of patient with the Female urinary stress incontinence)

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Případová studie

Zpracovala: Eva Kozáková

Praha, březen 2008

Autor práce:

Eva Kozáková

Studijní program:

Ošetrovatelství

Bakalářský studijní obor:

Zdravotní vědy

Vedoucí práce:

PhDr. Radomila Drozdová

Pracoviště vedoucího práce:

Ústav pro ošetrovatelství 3. LF UK v Praze

Odborný konzultant:

as. MUDr. Jiří Popelka

Pracoviště odborného konzultanta:

Gynekologicko-porodnická klinika FNKV v Praze

Datum a rok obhajoby:

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato bakalářská práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze, dne

Eva Kozáková

podpis:

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala vedoucí bakalářské práce, PhDr. Radomile Drozdové z Ústavu pro ošetřovatelství 3. LF UK v Praze, odbornému konzultantovi, as. MUDr. Jiřímu Popelkovi z gynekologicko-porodnické kliniky FN Královské Vinohrady a v neposlední řadě kolektivu lékařů a sester gynekologicko-porodnické kliniky, kde jsem bakalářskou práci zpracovávala.

Obsah

1	ÚVOD	7
2	KLINICKÁ ČÁST	9
2.1	Inkontinence – úvod do problematiky	9
2.1.1	Definice a incidence	9
2.1.2	Etiologie	9
2.1.3	Klasifikace	9
2.1.4	Posouzení stupně závažnosti	10
2.2	Anatomie a fyziologie močového ústrojí	11
2.2.1	Anatomie	11
2.2.2	Fyziologie	13
2.3	Patofyziologie inkontinence	14
2.3.1	Patofyziologie urgentní inkontinence	14
2.3.2	Patofyziologie stresové inkontinence.....	14
2.4	Diagnostika.....	14
2.4.1	Anamnéza obecně	14
2.4.2	Gynekologické vyšetření	15
2.4.3	Urodynamická vyšetření	15
2.4.4	Zobrazovací metody	17
2.4.5	Pomocná vyšetření v urogynéologii	18
2.5	Terapie	18
2.5.1	Konzervativní terapie	18
2.5.2	Chirurgická terapie	19
2.6	Hodnocení kvality života	21
2.7	Prognóza terapie stresové inkontinence.....	21
3	ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ – LÉČEBNÝ PLÁN	23
3.1	Osobní údaje	23
3.2	Okolnosti přijetí	23
3.3	Údaje z lékařské anamnézy	23
3.3.1	Rodinná anamnéza	23
3.3.2	Osobní anamnéza	23
3.3.3	Gynekologická anamnéza	24
3.3.4	Farmakologická anamnéza	24
3.3.5	Alergická anamnéza	25
3.3.6	Sociálně – pracovní anamnéza	25
3.3.7	Nynější onemocnění	25
3.3.8	Diagnóza při přijetí	25
3.4	Diagnostické metody	25
3.4.1	Plnicí cystometrie	25
3.4.2	Uroflowmetrie	26
3.4.3	Měření uretrálního tlaku a profilometre	27
3.4.4	Ultrazvukové vyšetření	27
3.4.5	Laboratorní vyšetření a předoperační vyšetření	27

3.5	Průběh hospitalizace	28
3.6	Souhrn terapeutických opatření během hospitalizace	28
3.6.1	Farmakoterapie	29
4	OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST	33
4.1	Ošetřovatelský model	33
4.2	Ošetřovatelský proces	35
4.3	Model fungujícího zdraví – Marjory Gordonová	38
4.4	Ošetřovatelská anamnéza a hodnocení nemocné dle modelu	39
4.4.1	Ošetřovatelská anamnéza	39
4.4.2	Hodnocení nemocné	45
4.5	Ošetřovatelské diagnózy 2. den hospitalizace – 0. pooperační den ..	45
4.6	Krátkodobý ošetřovatelský plán, realizace a hodnocení	46
4.7	Průběh 0. pooperačního dne	60
4.7.1	Průběh 0. pooperačního dne z ošetřovatelského hlediska	60
4.7.2	Hodnocení efektu poskytované péče a dlouhodobý plán péče	63
4.8	Psychologické a sociální aspekty	65
4.8.1	Psychologické aspekty nemoci	66
4.8.2	Sociální aspekty nemoci	68
4.9	Edukační plán	69
4.9.1	Edukační standard u problematiky stresové inkontinence	70
4.9.2	Krátkodobé edukační plány	70
4.9.3	Dlouhodobé edukační plány	70
5	ZÁVĚR A PROGNOZA	72
	Souhrn	73
	Seznam odborné literatury	74
	Seznam internetových adres	75
	Seznam tabulek a obrázků	76
	Seznam příloh	76
	Seznam použitých zkratk	77

Přílohy

1 ÚVOD

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou H.V. (56 let), která byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče a pooperačním oddělení gynekologicko – porodnické kliniky s diagnózou Stresová inkontinence II. stupně. Přijata byla k plánovanému výkonu – chirurgickému řešení úniku moči.

Nemocná H.V. byla hospitalizována od 10. do 15. ledna 2008. Přijata byla k plánovanému operačnímu řešení stresové inkontinence s kompletním předoperačním vyšetřením z terénu. Druhý den hospitalizace byla provedena operace a nemocná byla z operačního sálu převezena na jednotku intenzivní péče. Následující den pak byla přeložena na standardní pooperační oddělení. Šestý pooperační den byla nemocná v dobrém stavu propuštěna do domácího ošetření.

Klinická část práce obsahuje průřez anatomií, fyziologií a patofyziologií močových cest, dále obsahuje informace o nemocné z lékařské dokumentace, diagnosticko – terapeutický závěr, léčebný plán a průběh hospitalizace.

Ošetrovatelská část se zabývá popisem ošetrovatelské péče o nemocnou v časném pooperačním období. Péče byla prováděna podle Teorie ošetrovatelského procesu. Hodnocení nemocné z ošetrovatelského hlediska bylo provedeno podle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové.

Součástí ošetrovatelské části je stručné vysvětlení Teorie ošetrovatelského procesu a Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové.

Vzhledem k rozsahu práce byl pro podrobné rozpracování ošetrovatelského procesu vybrán jeden konkrétní den, a to 0. pooperační den – 2. den hospitalizace včetně ošetrovatelské dokumentace (viz příloha č. 9 a č. 10).

Dále je popsána obecná psycho-sociální problematika, vliv nemoci na člověka, jeho reakce a prožívání.

V této části je shrnuta psychická reakce na nemoc a sociální zázemí nemocné od vzniku onemocnění, v průběhu hospitalizace až po stav dva týdny po operaci.

Významnou částí je kapitola o edukaci, která se věnuje jak teorii edukace, tak konkrétním edukačním tématům, se kterými bylo u této nemocné v průběhu hospitalizace pracováno.

Práce je doplněna seznamem odborné literatury, seznamem použitých zkratek a tabulek, obrázků a příloh. Přílohy dokreslují jednotlivá témata práce, na které jsou v příslušných částech práce odkazy.

2 KLINICKÁ ČÁST

2.1 Inkontinence – úvod do problematiky

2.1.1 Definice a incidence

Terminologie v oblasti inkontinence byla dlouhou dobu nejednotná. V roce 1973 ustanovila Mezinárodní společnost pro kontinenci (ICS – International Continence Society) Standardizační výbor, který terminologii sjednotil.

Podle ICS je inkontinence stav, při kterém dochází k mimovolním únikům moči, které jsou objektivně prokazatelné. Tento stav je hygienickým a sociálním problémem.

Incidence inkontinence je velmi vysoká. Problém s přechodným únikem moči má v některé fázi života každá druhá žena. Zastoupení se liší podle typu inkontinence. 50 % tvoří stresová inkontinence, 30 % urgentní a 20 % smíšená inkontinence.

2.1.2 Etiologie

Etiologie inkontinence je velmi široká. Mimo extrauretrální inkontinence (vrozené vady, píštěle) se urogynekologie zabývá terapií funkčních poruch, které jsou charakterizovány změnou tlakového gradientu močového měchýře a uretry. Příčinou tohoto stavu je v případě stresové inkontinence insuficience uzávěrového systému uretry, patologická poloha uretry nebo abnormální aktivita svalstva stěny močového měchýře (opakované porody, klešťové porody, klimakterické změny). V případě urgentní inkontinence je příčinou ztráta volní kontroly detruzorového reflexu. Urgentní inkontinence může být neurogenní nebo idiopatická.

2.1.3 Klasifikace

a) extrauretrální inkontinence

- vrozené (vývojové vady)
- získané (píštěle)

b) uretrální inkontinence

- urgentní – mimovolní únik moči spojený se silným nucením k mikci, jehož příčinou je ztráta volní kontroly detruzorového reflexu
- neurogenní (reflexní) – mimovolní únik moči způsobený zvýšenou aktivitou spinálního mikčního reflexu
- overflow (přepadová) – mimovolní únik moči na podkladě retence způsobené strikturou nebo neuropatií (moč samovolně odtéká z přeplněného močového měchýře – ischuria paradoxa)
- stresová – mimovolní únik moči, při kterém dochází k převýšení intravezikálního tlaku nad tlakem intrauretrálním bez současné kontrakce svalstva stěny močového měchýře, vzniká na podkladě dislokace uretry z působení intraabdominálního tlaku (pravá stresová inkontinence) nebo poruchou uretry jako sfinkteru (inkompetence uretry)
- smíšená – kombinuje urgentní inkontinenci se stresovou

2.1.4 Posouzení stupně závažnosti

Stupeň závažnosti můžeme posuzovat podle několika modelů. Nejčastěji je v praxi využíván model dle Blaivase [Halaška, 2004]:

- typ 0
 - anamnéza stresové inkontinence, vezikalizace uretry (otevření vnitřního ústí uretry) pouze za stresu, únik moči při vyšetření neprokázán
- typ I
 - vezikalizace uretry pouze za stresu, descensus junkce menší než 2 cm, únik moči za stresu
- typ II
 - vezikalizace uretry pouze za stresu, descensus junkce větší než 2 cm, únik moči za stresu
- typ III
 - trvalá vezikalizace uretry a únik moči i v klidovém stavu

Klinické skóre dle Colomba [Citterbart, 2001] hodnotí závažnost dle vykonávaných denních činností (smích, kašel, chůze, sport, zdvihání břemen)

a frekvence úniku. Nejjednodušším návrhem je klasifikace dle Ingelmanna - Sundberga [Halaška, 2004], která rozlišuje únik moči na lehký (je třeba velkého zvýšení intraabdominálního tlaku – zvedání břemen), střední a těžký (k úniku dochází i při velmi malém zvýšení intraabdominálního tlaku – smích).

2.2 Anatomie a fyziologie močového ústrojí

2.2.1 Anatomie



Obr. č. 1 Anatomie pánve

(zdroj: <http://www.inkontinence.com/miniinvazivni-operace>)

2.2.1.1. Anatomie močového měchýře

Močový měchýř je dutý orgán, který při nízkém napětí své stěny hromadí moč a naopak při vysokém napětí dochází ke kontrakci a močový měchýř moč aktivně vypuzuje – mikce. Stěna močového měchýře je tvořena sliznicí s epitelem přechodného typu, svalovinou a tenkou vrstvou adventicie. Kraniální část močového měchýře je kryta viscerálním peritoneem. Část stěny močového měchýře obklopující proximální uretru se nazývá hrdlo močového měchýře. Svalová vlákna nazýváme musculus detrusor vesicae urinae, který je tvořen různě orientovanými, vzájemně propletenými snopci buněk hladkého svalstva. Jejich zevní vrstva je uspořádána longitudinálně, střední vrstva má vlákna orientovaná šikmo a cirkulárně, vnitřní vrstva je uspořádána opět longitudinálně, kdy její

kaudální část tvoří smyčku ležící v opozici ke smyčce zevní vrstvy. Inervace svaloviny je zprostředkována parasympatickým systémem cestou nervi splanchnici vedoucích z míšních segmentů S2 – S4.

2.2.1.2 Anatomie močové trubice

Močová trubice – uretra, je dutý trubicovitý orgán, u žen 30 – 50 mm dlouhý a cca 6 mm široký. Uretra začíná v úrovni středu symfýzy a vede spojená s přední stěnou poševní dopředu dolů. Horní 2/3 tvoří epitel přechodného typu a v dolní 1/3 přechází v nerohovějící vícevrstevný dlaždicový epitel. Pojivová tkáň – submukóza se nachází mezi výstelkou a vrstvou hladké svaloviny. Hladkou svalovinu představuje musculus sphincter urethrae internus inervovaný parasympatickým nervovým systémem. Hladká svalovina se skládá z vnitřní longitudinální a zevní cirkulární vrstvy. Její funkcí je udržování bazálního tonu uretry. Příčně pruhovanou svalovinu představuje musculus sphincter urethrae externus, který částečně obkružuje uretru, uspořádání je cirkulární. Jeho funkce spočívá v okamžité kontrakci při zvýšení intraabdominálního tlaku.

2.2.1.3 Anatomie pochvy

Pochva je dutý, fibromuskulární orgán, jdoucí od cervixu dělohy k introitu. Sliznice je tvořena mnohvrstevným nerohovějícím epitelem. Další vrstvu tvoří hladká svalovina. Adventicie z řídkého pojiva je vmezeřená mezi svalovou vrstvou pochvy a okolní orgány. Závěs pochvy je rozdělen do několika etáží:

- První etáž (level I) - kraniální část pochvy je ukotvena pomocí paracolpii k pánevní stěně, kterou tvoří musculus obturatorius internus. Tato struktura se nazývá arcus tendineus fasciae pelvis. Defekt první etáže se projevuje jako cystokéla nebo pokles dělohy.
- Druhá etáž (level II) - zde je pochva motýlovitého tvaru, kdy přední křídla jsou fixována k musculus levator ani a k arcus tendineus fasciae pelvis, zadní křídla přecházejí v rektovaginální fascii. Defekt druhé etáže vede k insuficientní podpoře uretrovezikální junkce. Při defektu vazů upevňující zadní rohy vzniká rektokéla nebo rektoenterokéla.

- Třetí etáž (level III) - distální část pochvy je přímo spojena s okolím, kde je podporována spojením s perineální membránou, jež se za ní spojuje v centrum tendineum perinei. Do přední stěny je pevně umístěná distální uretra. Defekt ve třetí etáži může vést k rektokéle.

2.2.1.4 Anatomie pánevního dna

Pánevní dno je složeno z pánevních svalů (musculus levator ani, musculus pubococcygeus a musculus iliococcygeus) a urogenitálního diafragmatu (diaphragma pelvis a diaphragma urogenitale). Pánevní dno zahrnuje další složité speciální struktury, které mají funkce úponů a fixátorů.

2.2.2 Fyziologie

Senzorické informace o plnění močového měchýře jsou vedeny cestou pelvického nervu, dorzálních ganglií a sakrální míchy do kaudální periakveduktální šedé hmoty. Mikční centrum se nachází v pontu a je aktivováno, když náplň močového měchýře dosáhne určité úrovně (více než 400 ml). Současně je aktivována prefrontální mozková oblast, která zodpovídá za pocity nucení k mikci. Jak intravezikální tlak narůstá, nucení se stává urgentnějším a nakonec je nutná volní kontrakce svalů pánevního dna. Limbickým systémem je vyhodnocena vhodná situace pro mikci a prefrontální mozková kůra vyšle signál do hypothalamu, odkud je přenesen do periakveduktální šedé hmoty a mikčního centra v pontu. Tím dojde k potlačení sympatického spinálního reflexu a k inhibici eferentní aktivity příčně pruhovaného svěrače uretry, po které následuje aktivace detruzoru. Tato aktivace se projeví koordinovanými kontrakcemi následovanými odtokem moči. Při mikci dochází i ke kontrakcím svalů břišní stěny, které systémem břišního lisu mikci napomáhají.

2.3 Patofyziologie inkontinence

2.3.1 Patofyziologie urgentní inkontinence

Urgentní inkontinence je charakterizována spontánní nebo vyprovokovanou kontrakcí stěny močového měchýře během plnicí fáze, která je doprovázena nepotlačitelným nucením k mikci. Příčinou urgentní inkontinence je ztráta volní kontroly detruzorového reflexu. Dochází k hyperaktivitě svaloviny detruzoru na podkladě patologie nervové inervace nebo patologie mozkových struktur lokalizovaných vpředu od pontu. [Halaška 2004]

2.3.2 Patofyziologie stresové inkontinence

Ke stresové inkontinenci dochází ve větším procentu případů tím způsobem, že (přestože klidový uretrální tlak je za normálních okolností vyšší než tlak intravezikální) při náhlém zvýšení intraabdominálního tlaku se změní tlakový gradient (intravezikální tlak převyší tlak uretrální) a dojde k úniku moči. K této patologii dochází v důsledku intraabdominální repozice junkce (junkce ztrácí svou fyziologickou polohu, mění se zadní uretrovezikální úhel). Tento typ stresové inkontinence je označován jako pravý a je vhodný k operačnímu řešení. Druhým důvodem, proč dochází k opakovaným epizodám úniku moči, je porucha uretry jako sfinkteru. Tento stav je charakterizovaný nízkým klidovým uretrálním tlakem často rigidní uretry (posttraumatické stavy). Je označován jako nestabilita (inkompetence) uretry.

2.4 Diagnostika

2.4.1 Anamnéza obecně

Anamnéza je zásadní součástí vyšetřovacího procesu. Existuje řada standardizovaných dotazníků (viz příloha č. 4). Anamnéza zahrnuje podrobnou gynekologickou anamnézu, souběžná onemocnění, prodělaná infekční

onemocnění, medikaci, záznam příjmu a výdeje tekutin (mikční deník). Důležitá je zde i pracovní anamnéza (těžká fyzická práce, nošení břemen, chlad).

Příznaky doprovázející poruchy kontinence lze rozdělit do dvou podskupin:

1) Příznaky poruchy shromažďování moči:

- zvýšená nebo snížená frekvence mikce
- nykturie
- urgencye
- polakisurie
- inkontinence moči

2) Příznaky poruchy vylučování moči:

- prodloužení startu mikce
- volní zvyšování intraabdominálního tlaku
- pocit neúplného vyprázdnění močového měchýře
- slabý proud moči
- únik moči po dokončení mikce (post-void dribbling)
- dysurie a hematurie

2.4.2 Gynekologické vyšetření

- Vyšetření v zrcadlech - pro diagnostiku je důležitá kvalita poševní sliznice a zhodnocení závěsu poševních stěn, sestupu děložního čípku nebo poševních stěn.
- Palpace - zde je vyšetření zaměřeno na pokles dělohy při zvýšení tlaku, míru vyklenutí poševních stěn v klidu a únik moči. O míře defektů závěsu zadní poševní stěny informuje rektovaginální vyšetření (a vyšetření per rektum).
- Aspekce - aspekci lze rozpoznat patologické stavy na zevním ústí uretry, zhodnotit jizvy po epiziotomiích a jiných porodních poraněních.

2.4.3 Urodynamická vyšetření

K urodynamickým vyšetřením se využívá videotechnika a z materiálního vybavení je potřeba vícekanálových katétrů. Obecně lze tato vyšetření rozdělit na metody hodnotící shromažďování moči a metody hodnotící vyprazdňování moči.

Standardizační výbor ICS vytvořil jednotnou nomenklaturu, standardizaci vyšetření a měřených parametrů s cílem usnadnit orientaci v diagnostice.

2.4.3.1 Plnicí cystometrie

Toto vyšetření umožňuje registrovat poměr změny tlaku v závislosti na změnách objemu močového měchýře při plnění standardním způsobem. Je to grafické znázornění reakce močového měchýře na plnění. Během vyšetření je důležité v časové ose zaznamenávat subjektivní pocity pacientky. Na začátku vyšetření je pomocí močového katétru možné zhodnotit reziduum. Cystometrie se provádí u ležící pacientky, močový měchýř se plní konstantní rychlostí 25 – 100 ml / min. plnicím médiem. K detekci se používají tři typy snímačů – zevní, vnitřní a telemetrické. Klinický význam spočívá v informacích o funkci detruzoru, elasticitě stěny močového měchýře, kontrakčních schopnostech detruzoru a o jeho inervaci. Patologické zvýšení motorické aktivity detruzoru může svědčit pro urgentní typ inkontinence. S cystometrií je možné ještě provést měření tlaku při úniku moči a měření postmikčního rezidia.

2.4.3.2 Měření uretrálního tlaku, profilometrie

Toto vyšetření je určeno ke stanovení kompetence uretry. Fyziologicky je uzavírací tlak uretry vyšší než tlak intravezikální během celé plnicí doby. Principem vyšetření je kontinuální měření intraluminálního tlaku uretry v klidu, při zvýšeném stresu a během mikce. Měření se provádí v místě maximálního uretrálního tlaku nebo na několika místech pomocí trojcestného katétru (měření konstantní perfúze, uretrálního a intravezikálního tlaku). Změna maximálního uretrálního uzavíracího tlaku o 1/3 ve smyslu snížení signalizuje abnormalitu ve smyslu nestability uretry.

Cílem profilometrie je stanovit faktor transmise. Transmise je přenos intraabdominálního tlaku na tlak uretrální a intravezikální. Pokud je uretra ve správné poloze, uretrální tlak se při zvýšení intraabdominálního tlaku zvýší také a stále tak převyšuje tlak intravezikální. Tlakový gradient se nemění a kontinence je zachovaná. Pokud ale dojde k poklesu uretrovezikální funkce, která dislokuje uretru z působení intraabdominálního tlaku (který tak způsobí pouze zvýšení

intravezikálního tlaku), transmise je znemožněna, mění se tlakový gradient a dochází k inkontinenci. Tento stav je typický pro pravou stresovou inkontinenci.

2.4.3.3 Uroflowmetrie

Uroflowmetrie je grafickým znázorněním charakteru močového proudu. Křivka hodnotí rychlost protékající moči na časové ose (mikci), hodnotí kvalitu i kvantitu. Proud moči koreluje s intravezikálním tlakem a rezistencí uretry. Vyšetření spočívá v měření objemu tekutiny evakuované uretrou za časovou jednotku. Minimální náplň pro validitu vyšetření je 150 ml, maximální pak 450 ml. Uroflowmetr je snímač toku moči zabudovaný ve speciální toaletní míse a záznamové zařízení.

2.4.3.4 Další metody urodynamických vyšetření

- uretrální elektrická vodivost
- elektromyografie
- sfinkteromanometrie

2.4.4 Zobrazovací metody

2.4.4.1 Ultrazvukové vyšetření

K ultrazvukovému vyšetření se používají perineální konvexní sondy a sondy vaginální. Toto vyšetření má nezastupitelný význam pro neinvazivní znázornění a zhodnocení stavu a polohy uretrovezikální junkce, kdy je možné hodnotit zároveň několik parametrů. Významnou hodnotou je vzdálenost vnitřního ústí uretry k dolnímu okraji symfýzy, zadní vezikouretrální úhel a inklinace osy uretry k ose symfýzy. Prakticky mapuje strukturu a funkci pánevního dna. (viz příloha č. 5)

2.4.4.2 Další zobrazovací metody

- nativní rentgenové vyšetření
- intravenózní vylučovací urografie
- cystoureteroskopie

- videourodynamické vyšetření
- cystourografie
- magnetická rezonance

2.4.5 Pomocná vyšetření v urogynéologii

- laboratorní vyšetření (moč + sediment a bakteriologický rozbor, MOP, cytologie hrdla, rutinní krevní rozbor)
- pad-weighting test (měření množství uniklé moči metodou vážení inkontinenčních vložek)
- Q-tip test (posuzuje mobilitu uretrovezikální junkce metodou pohybu štětičky umístěné v uretře při zvýšení intraabdominálního tlaku)
- Marshallův-Bonneyho test (využívá se pro indikace k operaci, používá manuální elevaci přední poševní stěny)
- stress-test (hodnotí únik moči při kašli)
- mikční deník

2.5 Terapie

2.5.1 Konzervativní terapie

2.5.1.1 Konzervativní terapie urgentní inkontinence

- sanace infekce močových cest
- lokální podání estrogenů
- elektrostimulace (využívá elektrický proud ke stimulaci pánevních orgánů)
- trénink močového měchýře
- farmakoterapie (parasimpatolytika, spasmolytika, β -sympatikomimetika, antagonisté kalcia)
- psychoterapie
- balneoterapie

2.5.1.2 Konzervativní terapie stresové inkontinence

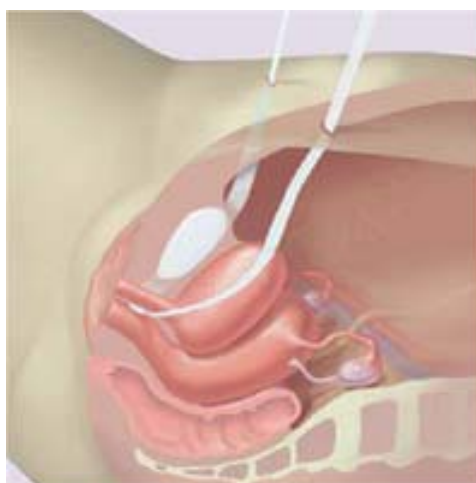
- sanace infekce močových cest
- lokální podání estrogenů
- elektrostimulace
- biofeedback (poskytnutí informace o jinak mimovolních fyziologických procesech audiovizuálním signálem - cílem je vytvoření reflexní reakce vedoucí k posílení uzavírací funkce uretry)
- vaginální pesary a vaginální kónusy
- farmakoterapie (α -sympatikomimetika, hormonální substituce)
- elektroléčba (magnetoterapie, ultrazvuk)
- změna životního stylu (snížit nadváhu, omezit stres, dodržovat pitný režim)
- gymnastika pánevního dna - principem gymnastiky pánevního dna jsou opakované selektivní volní kontrakce nebo relaxace určitých svalových struktur, což po čase vede ke zlepšení mechanismu kontinence. Jednoznačně lepších výsledků je dosahováno při cvičení pod vedením instruktora. Jedním z nejefektivnějších modelů pro posílení pánevního dna je Kegelovo cvičení (ukázka tréninkového programu cvičení dle Kegela viz příloha č. 2). Gymnastiku lze s úspěchem využívat i jako několikaměsíční přípravu k operaci (umožňuje-li to stav), kdy dochází k zlepšení prokrvení oblasti malé pánve a dále jako prevence inkontinence (např. po porodu). Většina dalších cvičení z těchto principů vychází.

2.5.2 Chirurgická terapie

K chirurgickému řešení urgentní inkontinence se přistupuje velmi vzácně, jediným zákrokem je distenze močového měchýře prováděná v celkové narkóze.

Principem chirurgického řešení pravé stresové inkontinence je zajištění polohy uretry proti poklesu, dojde-li ke zvýšení intraabdominálního tlaku. V rámci zvolení nejvhodnějšího operačního postupu se využívá několika schémat, která vycházejí z aktuálního gynekologického nálezu a ze stupně stresové inkontinence.

- Poševní plastiky - přední poševní plastika (vytvoření umělého valu pod uretrovezikální junkcí) a zadní poševní plastika s rekonstrukcí svalového pánevního diafragmatu
- Kolpopexis secundum Burch (elevace a závěs hrdla močového měchýře a proximální uretry, které je dosaženo díky sutuře pevné paravaginální tkáně k lig. ileopectineum)
- Závěs uretry s endoskopickou kontrolou podle Pereyry-Stameyho-Raze (využívá kombinovaného vaginálně - abdominálního přístupu a jejím principem je suspenze uretrovezikální junkce)
- Sling operation – závěs hrdla močového měchýře smyčkou (tato metoda je spíše využívána urologickými pracovišti po předchozích neúspěšných abdominálních operacích, po ozáření nebo u vývojových vad)
- Umělý močový svěrač
- TVT (tension-free vaginal tape (tahuprostá vaginální páska)) nebo TVT - O (obturatorní systém) - těmito operačními metodami lze problém pravé stresové inkontinence vyřešit trvale. Princip spočívá v implantaci pásky z polypropylenu pod uretru a její ukotvení za musculus obturatorius, který je součástí pánevních svalů.



Obr. č. 2 Poloha polypropylenové pásky u TVT

(zdroj: <http://www.willyhaengi.ch/bilder/tvt-anat.jpg>)

Polypropylenová páska fixuje uretru ve správné poloze vůči močovému měchýři. Polypropylen je materiál, který je dobře snášen živou tkání. Páska po určité době vrostle do okolní tkáně.

Operace se provádí v lokální, většinou svodné anestézii (dovoluje spolupráci s pacientkou) a obnáší drobný řez v pochvě pod uretrou a dva drobné vpichy na vnitřní ploše stehen (v případě TVT na břišní stěně). Samotná páska se aplikuje speciálními operačními nástroji pod uretru. Páska je po správném uložení na vnitřních plochách stehen nebo na břišní stěně zkrácena a je tak zcela neznatelná. Pacientka je schopná mikce záhy po operaci. Zárok vyžaduje minimální dobu hospitalizace a pooperační rekonvalescence. V rámci rehabilitace má zásadní význam gymnastika pánevního dna. [Halaška, 2004]

2.6 Hodnocení kvality života

Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala zdraví jako „nejen absenci nemoci, ale jako stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody.“ Kvalita života je obvykle měřena pomocí strukturovaných dotazníků, které pacient vyplňuje. V praxi se můžeme setkat se spoustou různých dotazníků, všechny jsou sestaveny podle stejného základního schématu (příklad dotazníku viz příloha č. 1). Největší význam má počáteční hodnocení vlivu inkontinence na kvalitu života a její zlepšení následující léčbou. Ke zlepšení kvality života přispívá v průběhu léčby informovanost zejména v možnostech výběru a dostupnosti inkontinenčních pomůcek, důsledná edukace a všestranná podpora. [Citterbart, 2001]

2.7 Prognóza terapie stresové inkontinence

Prognóza závisí na správném vyhodnocení výsledků diagnostických vyšetření, vhodném výběru operační metody, na zručnosti operátora a přítomnosti jiných nebo nově vzniklých příčin. V případě chirurgické léčby stresové inkontinence je prognóza velmi příznivá. Úspěšnost Burchovy kolpopexie se pohybuje mezi 84 %

a 91 % a úspěšnost TVT přesahuje ve střednědobém i dlouhodobém horizontu 90 %. [Halaška, 2004]

3 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O NEMOCNÉ – LÉČEBNÝ PLÁN

3.1 Osobní údaje

- pacientka H.V., narozená r. 1951

3.2 Okolnosti přijetí

- plánovaný výkon, pacientka byla přijata jeden den před plánovaným výkonem
- předoperační vyšetření bylo zajištěno praktickým lékařem

3.3 Údaje z lékařské anamnézy

3.3.1 Rodinná anamnéza

- matka - hypertenzní choroba, žije
- otec – vředová choroba gastroduodenální, zemřel v 81 letech

3.3.2 Osobní anamnéza

- běžná dětská onemocnění
- hypertenzní choroba (od 50ti let)
- nedoslýchavost na levé ucho
- dyspeptický syndrom
- vertebrogenní algický syndrom
- klimakterický syndrom s depresemi
- stav po appendektomii ve 46 letech
- návyky: alkohol - ne, cigarety - ne, drogy - ne

3.3.3 Gynekologická anamnéza

- menarche – od 14 let
- cyklus – pravidelný
- počet těhotenství – 3
- počet porodů – 2 (1x spontánní záhlavím, 1x forceps)
- spontánní aborty – 1
- hormonální antikoncepce – ne
- hormonální substituce – ne
- klimakterium – od 52 let

3.3.4 Farmakologická anamnéza

Tabulka č. 1 Chronická medikace

Název léku	Farmakologická skupina	Dávkování	Způsob užití	Vedlejší účinky
Lokren 20 mg	Antihypertenzivum	1 – 0 - 0	p.o.	<ul style="list-style-type: none">• hypotenze• nauzea
Quamatel 20 mg	Antacidum Antiulcerozum	1 – 0 - 1	p.o.	<ul style="list-style-type: none">• bolesti hlavy• nauzea• bolesti kloubů• deprese
Stilnox 10 mg	Hypnotikum	Podle potřeby 0 – 0 - 1	p.o.	<ul style="list-style-type: none">• snížená pozornost• návyk• nevolnost

3.3.5 Alergická anamnéza

- Tetracyklinová antibiotika – exantém

3.3.6 Sociálně – pracovní anamnéza

- žije s rodinou (manžel a dvě děti) v panelovém domě, byt 4. patro bez výtahu
- pracuje jako zdravotní sestra

3.3.7 Nynější onemocnění

- 13 let trvající obtíže s únikem moči, které se s postupem času zhoršovaly, k úniku moči stačil mnohem menší podnět
- po nástupu klimakteria se potíže ještě zhoršily

3.3.8 Diagnóza při přijetí

Nemocná byla přijata s diagnózou stresové inkontinence II. stupně k operačnímu řešení metodou TVT – O.

3.4 Diagnostické metody

3.4.1 Plnicí cystometrie

Plnicí cystometrie – vyšetření je grafickým znázorněním reakce močového měchýře na plnění. Během vyšetření velmi záleží na spolupráci s nemocnou.

Tabulka č. 2 Cystometrické vyšetření

Pocity nemocné	Náplň měchýře	Vezikální tlak
První pocit	105 ml	20 cm H ₂ O
První nucení	105 ml	20 cm H ₂ O
Normální nucení	324 ml	20 cm H ₂ O
Silné nucení	446 ml	21 cm H ₂ O
Maximální kapacita	481 ml	23 cm H ₂ O

Tímto vyšetřením nebyly stanoveny neinhibované kontrakce detruzoru, které jsou charakteristické pro urgentní inkontinenci. Tyto kontrakce jsou evokovány kašlem nebo Valsalvovým manévrem. Přesto objem, při kterém nemocná začala pociťovat první pocity na nucení, byl nižší než je norma, což může svědčit pro přítomnost malého podílu urgentní složky. Compliance močového měchýře (poddajnost) byla 21,5 ml / cm H₂O, což odpovídá normě. (viz příloha č. 7)

3.4.2 Uroflowmetrie

Uroflowmetrie – toto vyšetření je grafickým znázorněním velikosti močového proudu a spočívá v měření objemů tekutiny evakuované uretrou za časovou jednotku.

Uroflowmetrie je urodynamická metoda k detekci poruch močení. Její součástí je měření postmikčního rezidua. Klinický význam uroflowmetrie spočívá také v odhalení stenózy nebo infravezikální obstrukce. Křivka močového uroflow je za normálních okolností zvonovitého tvaru, kontinuální, se strmým počátečním vzestupem.

V tomto případě nebyla stanovena žádná stenóza, která by byla kontraindikací operačního řešení. (viz příloha č. 6)

Tabulka č. 3 Uroflowmetrické vyšetření

Parametr	Výsledek
Maximální průtoková rychlost	27 ml / hod.
Čas k dosažení maximálního průtoku	12 sec.
Mikční objem	475 ml
Doba průtoku	29 sec.
Doba mikce	30 sec.
Průměrná průtoková rychlost	15 ml / sec.

3.4.3 Měření uretrálního tlaku a profilometrie

Měření uretrálního tlaku a profilometrie – toto vyšetření poskytuje informace o intrauretrálním tlaku. Slouží ke zhodnocení stresového profilu.

V případě tohoto vyšetření byl stanoven normální uretrální uzavírací tlak a snížená hodnota transmise na 3% (norma – 30%). Toto svědčí pro pravou stresovou inkontinenci (pokud je diagnostikován i pokles uretrovezikální junkce, který dislokuje uretru mimo působení intraabdominálního tlaku a znemožní tak transmissi).

Tabulka č. 4 Vyšetření uretrálního tlaku a profilometrie

Měřená veličina	Výsledek
Transmise	3 %
Maximální uretrální uzavírací tlak	43 cm H ₂ O
Funkční délka uretry	26 mm

3.4.4 Ultrazvukové vyšetření

Ultrazvukové vyšetření – toto vyšetření hodnotí stav a polohu uretrovezikální junkce. Vyšetření bylo provedeno se zavedeným Foleyovým katétrem pomocí vaginální sondy a zaznamenalo pokles uretrovezikální junkce za stresu větší než 2 cm ve vztahu k symfýze, což svědčí pro pravou stresovou inkontinenci II. stupně.

3.4.5 Laboratorní vyšetření a předoperační vyšetření

Laboratorní vyšetření moče a krve neodhalila ve vztahu k diagnóze žádnou patologii. Moč byla kultivačně bez nálezu, krevní obraz a základní biochemie a gynekologické vyšetření rovněž ve fyziologických mezích (předoperační vyšetření včetně EKG bylo zajištěno praktickým lékařem).

3.5 Průběh hospitalizace

Nemocná H.V. byla hospitalizována na gynekologicko-porodnické klinice od 10. do 15. ledna 2008. V den příjmu byla provedena edukace, podepsán informovaný souhlas a proběhlo vyšetření ošetřujícím lékařem a anesteziologem. Byl aplikován nízkomolekulární heparin (Fraxiparine 0,3 ml s.c.) a ordinován dále po 24 hodinách. Druhý den hospitalizace byla provedena operace TVT - O ve svodné anestézii. Operace spočívala ve fixaci uretry ve správné poloze vůči močovému měchýři pomocí polypropylenové pásky. Operace byla bez komplikací, byl ponechán močový katétr. Po operaci byla nemocná převezena na jednotku intenzivní péče vzhledem k potřebě monitoringu fyziologických funkcí. Po dvanácti hodinách byla pacientka mobilizována, což bylo provázeno vertigem a nauzeou. Po zvládnutí těchto obtíží byl nemocné extrahován Foleyův katétr. Nástup mikce byl spontánní.

První pooperační den byla nemocná přeložena na standardní pooperační oddělení. Na pooperačním oddělení byl pooperační průběh komplikován kolísavostí krevního tlaku s přechodnými hypotenzními epizodami, což bylo konzultováno s interním lékařem. Po dočasné korekci chronické medikace se stav upravil k původnímu. Třetí pooperační den byla provedena kontrola krevního obrazu, koagulace a základního biochemizmu s nálezem v mezích normy. Fraxiparine byl vysazen. Byla provedena edukace a nemocná byla seznámena s průběhem období rekonvalescence. Čtvrtý pooperační den byla nemocná ve stavu, který odpovídal hojení dimitována do domácího ošetření.

3.6 Souhrn terapeutických opatření během hospitalizace

- dieta – racionální s omezeným přísunem soli z důvodů hypertenze, 0. pooperační den pouze tekutiny per os za 4 hodiny po příjezdu ze sálu
- rehabilitace – pooperační mobilizace, nácvik vstávání a rehabilitace v časném pooperačním období

- prevence trombembolické nemoci – předoperační bandáž dolních končetin
- ošetřování pooperačních ran – převazy sterilním krycím materiálem v časném pooperačním období 2x denně, později vždy po hygienické péči
- ošetřování vpichu po svodné anestézii v oblasti bederní páteře – kontrola krvácení a sterilní krytí
- edukace – mikce po závěsné operaci – kontrola nástupu mikce je po závěsných operacích velice důležitá, protože nás upozorňuje na možné komplikace a špatnou techniku operace (příliš dotažená páska)

3.6.1 Farmakoterapie

Infúzní terapie

solutio Hartmani 500 ml

Indikační skupina: krystaloidní sterilní roztok pro intravenózní infuzi

Indikace: doplnění volumu tekutin

Kontraindikace: hyperhydratace, alergie na konkrétní složky preparátu

Aplikace: intravenózní podání

Nežádoucí účinky: místní a celkové alergické projevy, hyperhydratace

Ordinace:

- 1x 500 ml solutio Hartmani i.v. (aplikace započatá během operace) rychlostí 200 ml / hod. dokapat na jednotce intenzivní péče
- 1x 500 ml solutio Hartmani i.v. 1. pooperační den od 6:00 hodin rychlostí 150 ml / hod.

Glukóza 5% 500 ml

Indikační skupina: krystaloidní sterilní roztok pro intravenózní infuzi

Indikace: doplnění volumu tekutin, nosné médium pro léky

Kontraindikace: hyperhydratace, alergie na konkrétní složky preparátu

Aplikace: intravenózní podání

Nežádoucí účinky: místní a celkové alergické projevy, hyperhydratace

Ordinace:

- 1x 500 ml i.v. rychlostí 150 ml / hod. 0. pooperační den od 12:00 hodin

- 1x 500 ml i.v. rychlostí 150 ml / hod. 0. pooperační den od 18:00 hodin

Antikoagulační terapie

Fraxiparine 0,3 ml

Indikační skupina: antikagulans – nízkomolekulární heparin

Indikace: poruchy srážení krve, prevence trombembolické nemoci

Kontraindikace: alergie, vředová choroba žaludku a duodena, krvácivé stavy

Aplikace: subkutánní podání

Nežádoucí účinky: zvýšení krvácivých projevů, místní a celková alergická reakce

Ordinace:

- 1 den před operací ve 20:00 hodin s.c. a dále 1x za 24 hodin

Analgetická terapie

Tramal 100 ml amp.

Indikační skupina: analgetikum – anodynum

Indikace: středně silná až silná bolest

Kontraindikace: alergie, náhlá příhoda břišní, gravidita a laktace

Aplikace: intramuskulární podání

Nežádoucí účinky: místní a celková alergická reakce, ovlivnění pozornosti a bdělosti, nauzea, hypotenze

Ordinace:

- ihned po příjezdu z operačního sálu a dále podle potřeby v minimálních intervalech 4 hodin (0. pooperační den) intramuskulárně

Ibuprofen 400 mg tbl.

Indikační skupina: analgetikum – antipyretikum

Indikace: středně silná bolest

Kontraindikace: alergie, náhlá příhoda břišní, gravidita a laktace

Aplikace: perorální podání

Nežádoucí účinky: celková alergická reakce, ovlivnění pozornosti a bdělosti, nauzea, hypotenze

Ordinace:

- od 1. pooperačního dne v případě bolesti max. 3x 1 tbl.

Antiemetická terapie

Torecan amp.

Indikační skupina: antiemetikum

Indikace: nauzea, prevence pooperační nauzey

Kontraindikace: alergie

Aplikace: intravenózní nebo intramuskulární podání

Nežádoucí účinky: alergická reakce, ovlivnění pozornosti

Ordinace:

- 1 amp. i.v. v infuzi 5% glukózy 0. pooperační den
- 1 amp. + 5 ml Fyziologického roztoku i.v. bolusově v případě nauzey 1. pooperační den

Torecan supp.

Indikační skupina: antiemetikum

Indikace: nauzea, prevence pooperační nauzey

Kontraindikace: alergie

Aplikace: rektální podání

Nežádoucí účinky: alergická reakce, ovlivnění pozornosti

Ordinace:

- 1 supp. per rectum od 1. pooperačního dne v případě nauzey max. 2x denně

Antihypertenzní terapie

Lokren 20 mg tbl.

Indikační skupina: kardioselektivní beta-blokátor

Indikace: arteriální hypertenze

Kontraindikace: alergie, hypotenze, bradykardie, kardiogenní šok

Nežádoucí účinky: nauzea, bradykardie

Ordinace:

- Lokren 20 mg p.o. 1 – 0 – 0

Antiulcerózní terapie

Quamatel 20 mg tbl.

Indikační skupina: antacidum, antiulcerózum – blokátor H₂ receptorů

Indikace: vředová choroba žaludeční, reflexní nemoc jícnu

Kontraindikace: alergie, gravidita, laktace, podání dětem

Nežádoucí účinky: závratě, bolesti hlavy

Ordinace:

- Quamatel 20 mg p.o. 1 – 0 – 0

Hypnotika

Stilnox 10 mg tbl.

Indikační skupina: hypnotikum

Indikace: nespavost různé etiologie

Kontraindikace: alergie, požití alkoholu, respirační insuficience, podání dětem

Nežádoucí účinky: ovlivnění pozornosti, nauzea, závratě

Ordinace:

Stilnox 10 mg p.o. pouze v případě potřeby 0 – 0 – 1

4 OŠETŘOVATELSKÁ ČÁST

Ošetrovatelská část práce je zaměřena na konkrétní individuální ošetrovatelskou péči o nemocnou. Vzhledem k rozsahu práce je ošetrovatelská péče podrobně rozpracována k jednomu konkrétnímu dni hospitalizace, kterým je 2. den hospitalizace – 0. pooperační den.

Péče byla prováděna podle teorie ošetrovatelského procesu. Hodnocení nemocné z ošetrovatelského hlediska bylo provedeno podle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové.

Tato část zahrnuje také vliv nemoci na člověka, a to nejen po stránce fyzické, ale také po stránce psychické a sociální. Nemoc zasahuje do všech těchto oblastí. Cílem ošetrovatelské péče je, aby člověk nestrádal ani v jedné.

4.1 Ošetrovatelský model

Model je vědecká konstrukce zkoumaného jevu. Koncepce je myšlenková osnova výkladu určitého jevu. Soubor poznatků charakterizující určitý jev se nazývá teorie.

Každá vědní disciplína zkoumá určité jevy, které koncepce a teorie definují a vytváří metaparadigma konkrétní vědní disciplíny. Metaparadigma je obsah příslušné vědní disciplíny [Pavlíková, 2006].

Ošetrovatelství determinují tyto metaparadigmatické koncepce, které se navzájem ovlivňují:

- osoba – osoba je příjemcem ošetrovatelského úkonu
- prostředí – okolí osoby a místo, kde k úkonům dochází
- zdraví – stav osobní pohody
- ošetrovatelství – činnosti vykonávané sestrou ve spolupráci s příjemcem

Koncepční model se týká komplexních představ o situacích, jevech, událostech, skupinách a jednotlivcích, které jsou zajímavé z hlediska konkrétní vědní

disciplíny. Vývoj koncepčních modelů je deduktivní (odvozování za všeobecných poznatků) nebo induktivní (zevšeobecnování konkrétních poznatků).

Součásti ošetrovatelských modelů:

- asumpce – předpoklady tvořící základ koncepce ošetrovatelství a jsou odvozeny od teorie i praxe
- hodnotový systém – základní myšlenka oboru – upozorňuje na interpersonální vztahy, potřeby nemocných, vztah sestra – nemocný, respektování lidské osobnosti a důstojnosti
- hlavní jednotky:
 - cíl ošetrovatelství
 - nemocný
 - role sestry
 - zdroj obtíží
 - zásahu (zaměření intervencí)
 - způsob zásahu
 - důsledky

Koncepční modely úzce souvisejí s Ošetrovatelským procesem – jsou to abstrakty, které jsou pomocí ošetrovatelského procesu uplatňovány.

Kategorizace koncepčních modelů:

- vývojové modely – zdůrazňují růst, vývoj a zrání (Orem, Roper)
- modely systémů – zkoumají části systému ve vztahu k času a prostředí (Roy, King, Johnson)
- interakční modely – se zaměřují na sociální děje a interpersonální vztahy (Orgando, Peplau)
- modely potřeb – posuzují nemocného z pohledu hierarchie potřeb a z pohledu funkce sestry (Henderson, Abdellah)
- modely výsledků – jsou zaměřené na výsledky ošetrovatelské péče a jejich hodnocení (Neuman, King)

- humanistické modely – jsou založené na respektování lidských práv a vycházejí z principu humanizmu (Nightingale, Henderson, Orem)
- modely energetických polí – soustředí se na koncepci energie v kontextu osoba – prostředí (Rogers, Fitzpatrick)
- modely intervence – zdůrazňují ošetřovatelský zásah – intervenci sestry (Gordon, King)
- modely substituce – jsou zaměřené na náhradu schopnosti nemocného, která byla nemocí dočasně nebo trvale ztracena (Orem)
- modely konzervace – jsou založené na zachování pozitivních jevů ohrožených nemocí (Roper)
- modely podpory – jejich podstatou je pomoc při adaptaci na nemoc (Levine, Henderson)
- modely posílení – zdůrazňují zlepšení kvality života pomocí posilování (Johnson)

Užší kategorizace ošetřovatelských modelů:

- humanistické modely
- modely interpersonálních vztahů
- systémové modely
- modely energetických polí
- biomedicínké modely

4.2 Ošetřovatelský proces

Nástrojem systematičnosti ošetřovatelské péče je ošetřovatelský proces. Ošetřovatelský proces je vypracováván na podkladě teoretického modelu – konstrukce.

Ošetřovatelský proces je teoretický metodický rámec, který umožňuje individuální přístup k nemocnému člověku. Je to proces dynamický, který se stále

operativně mění na základě nově získaných informací. Tyto informace jsou podkladem pro systém na sebe navazujících činností prováděných ve prospěch nemocného, případně za jeho spolupráce. [Staňková, 2004].

Výsledkem zavedení ošetrovatelského procesu do praxe by mělo být především zkvalitnění péče o nemocné. Nositelkami ošetrovatelského procesu jsou sestry a i pro ně má zavedení ošetrovatelského procesu velký význam ve smyslu zvýšení pracovních pravomocí a seberealizace. Přístup k nemocnému je vždy individuální a řídí se jeho potřebami. Ošetrovatelský proces by měl být zárukou komplexnosti péče o nemocné. Sestry mají s nemocným a s jeho rodinou osobní vztah, což jim pomáhá nemocného lépe poznat. Toto je základní stavební kámen, na kterém sestra dále staví – plánuje a zajišťuje kvalitní péči.

K realizaci napomáhají systémy organizace práce sester – systém skupinové péče (skupinová sestra zodpovídá za jí přidělenou skupinu nemocných) a systém primárních sester (je vhodný u dlouhodobě hospitalizovaných, převážně kriticky nemocných – primární sestra zodpovídá za svého nemocného po celou dobu jeho hospitalizace).

Pro kvalitu ošetrovatelského procesu je zásadní systém předávání informací o nemocných. Nashromážděné informace jsou nepostradatelné pro práci nejen sester, ale i pro ostatní členy zdravotnického týmu. Informace ovlivňují práci lékařů, fyzioterapeutů, nutričních poradců, a ostatních zdravotníků. Informace jsou zaznamenávány do ošetrovatelské dokumentace a jsou prezentovány cestou ošetrovatelské vizity nebo cestou porady ošetrovatelského týmu.

Ošetrovatelský proces v praxi probíhá v pěti na sebe navazujících fázích:

1. fáze – zhodnocení nemocného

V této fázi závisí úspěch na psychologických schopnostech sestry. Informace, které získá, budou podkladem pro další práci celého ošetrovatelského týmu. Informace se týkají jak aktuálního zdravotního stavu nemocného, tak i vývoje stavu, sociální situace a psychického stavu. Nejdůležitější jsou informace

umožňující zahájení okamžité péče (kritické stavy, úrazy, ...). Shromažďování informací je postaveno na informacích z odborné literatury a lékařské dokumentace a probíhá metodou rozhovoru, pozorování, testování a měření.

Hodnocení nemocného má dvě části:

- ošetrovatelská anamnéza
- zhodnocení současného stavu nemocného

2. fáze – ošetrovatelská diagnóza

Ošetrovatelská diagnóza je výsledkem třídění konkrétních informací získaných v první fázi a pojmenování konkrétních ošetrovatelských problémů plynoucích z neuspokojených potřeb nemocného. Tyto diagnózy se vztahují k potřebám nemocného, které mohou být samostatnou činností sester uspokojeny.

Principem této fáze je aktivní vyhledávání problémů aktuálních i potenciálních, vyhodnocování toho, co nemocného ohrožuje a trápí. Důležitou součástí je zhodnotit priority z hlediska aktuálního stavu nemocného a stanovit jejich pořadí. Pokud to aktuální stav nemocného dovoluje, je žádoucí, aby vše bylo prováděno za účasti a spolupráce nemocného.

3. fáze – ošetrovatelský plán

Cílem ošetrovatelského plánu je harmonogram činností, které povedou k vyřešení problému. Plán prochází diferenciací, při které jsou jednotlivé intervence delegovány na konkrétní členy ošetrovatelského týmu. V tomto případě by své úkoly měli mít členové rodiny i sám nemocný. Tímto způsobem je významným způsobem ovlivňováno sebepojetí nemocného, protože se aktivně podílí na procesu svého uzdravení.

Podstatou této fáze je vypracování plánu individuální péče skládající se z ošetrovatelských intervencí za účelem splnění stanovených cílů.

4. fáze – realizace plánu

V této fázi každý člen ošetrovatelského týmu vykonává naplánovanou činnost, která vždy slouží ku prospěchu nemocného. Intervence jsou založeny jak na běžných ošetrovatelských činnostech, tak na vysoce specializovaných úkonech

charakteristických pro určitý medicínský obor. I během této fáze je potřebné zajišťovat další informace, na základě kterých je možné návaznou ošetrovatelskou péči operativně modifikovat.

5. fáze – zhodnocení efektu poskytované péče

Posledním a zároveň prvním krokem managementu ošetrovatelské péče je zhodnocení. Spočívá ve zjištění, zda bylo dosaženo stanoveného cíle, získání dalších informací o nemocném k zajištění další péče. Významná je i zpětná analýza jednotlivých kroků procesu a následná korekce.

Nedílnou součástí realizace ošetrovatelského procesu v praxi je ošetrovatelská dokumentace. Tato dokumentace slouží jako kontinuální zdroj informací o jednotlivých potřebách jedince, umožňuje předávání informací mezi členy ošetrovatelského týmu a je časovým přehledem poskytované péče. Je nástrojem kontroly a hodnocení účinnosti intervencí.

Ošetrovatelská dokumentace musí být standardizovaná, smysluplná a modifikovaná pro určité oddělení. Údaje v dokumentaci jsou úplné, čitelné, stručné a dostupné pro členy zdravotnického týmu. Jednotlivé záznamy obsahují datum, čas a podpis sestry. Administrativa by neměla zabírat zbytečné množství času, který může sestra využít ve prospěch nemocného.

4.3 Model fungujícího zdraví Marjory Gordonové

Základní podmínkou pro pochopení modelu fungujícího zdraví je pochopení samotného pojmu zdraví. Zdravotní stav člověka je popis bio – psycho – sociální integrace a vychází ze vztahu člověk – prostředí. Dle Gordonové může zdravotní stav člověka být funkční nebo dysfunkční. Funkční typy zdraví mohou být ovlivněné biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a spirituálními faktory. Dysfunkční typ je charakterizován poruchou v jedné nebo více oblastí.

Úkolem sestry je stanovit ošetrovatelské diagnózy podle priorit a vytvořit systematický individuální plán ošetrovatelské péče.

Model podle Gordonové poskytuje schéma pro zhodnocení nemocného podle základní struktury modelu – dvanácti oblastí:

- 1) vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví
- 2) výživa a metabolismus
- 3) vylučování
- 4) aktivita a cvičení
- 5) spánek a odpočinek
- 6) vnímání a poznávání
- 7) sebekoncepce a sebeúcta
- 8) plnění rolí a mezilidské vztahy
- 9) sexualita a reprodukční schopnost
- 10) stres, zátěžové situace, adaptace, tolerance
- 11) víra, přesvědčení, životní hodnoty
- 12) jiné

4.4 Ošetrovatelská anamnéza a hodnocení nemocné dle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové

4.4.1 Ošetrovatelská anamnéza

Vnímání zdravotního stavu a aktivity k udržení zdraví

Paní H.V. svůj zdravotní stav považuje za uspokojivý. Inkontinenci hodnotí spíše jako problém psychický a sociální, protože podle jejího názoru nebolí a není životně nebezpečný – nehrozí riziko z prodlení. Jako příčiny svých obtíží vidí dva porody, z nichž jeden byl klešťový a období klimakteria, během kterého dochází k povolování svalů pánevního dna. První příznaky týkající se úniku moči začala paní H.V. pociťovat před asi deseti lety. Právě s nástupem klimakteria se problémy začaly zhoršovat. Trvalo velmi dlouho, než našla odvahu se s tímto

problémem svěřit svému gynekologovi. Gynekolog jí doporučil začít s gymnastikou pánevního dna a objednal ji do urogynekologické ambulance.

Vzhledem k profesi paní H.V. (zdravotní sestra), pro ni nebylo obtížné se vyznat v sortimentu inkontinenčních pomůcek, které používala ke zlepšení subjektivních pocitů.

Po zhodnocení všech vyšetření jí doporučil urogynekolog operační řešení, které okamžitě přijala. Velkou motivací k podstoupení operace byla naděje k úplnému uzdravení a potažmo k návratu do „normálního života“.

Hospitalizace omezuje běžné denní aktivity, ale paní H.V. vnímá pobyt v nemocnici jako krátkodobý a omezení nevnímá negativně. Určité obavy z operace má, ale snaží si je racionálně zdůvodnit.

Výživa a metabolismus

Paní H.V. je střední postavy, snaží se o dodržování zásad racionální výživy. Dodržuje dietu s omezením solí, protože trpí hypertenzí. Na doporučení praktického lékaře si sama měří krevní tlak. Poznala, že pokud zvýší příjem solí, negativně se to odrazí na hodnotách krevního tlaku.

Dodržování pitného režimu je pro paní H.V. velkým problémem. Přestože si je vědoma důležitosti dodržování pitného režimu, příjem tekutin během dne vědomě omezuje, protože tím eliminuje zvýšení úniku moči. Omezuje i příjem tekutin ve večerních hodinách, aby omezila četnost nočních vstávání. Toto se podle paní H.V. velmi negativně odráží na jejím zdravotním stavu – stavu kůže (suchost, ztráta elasticity), častých infekcích močových cest a zhoršování hypertenze. Byl to jeden z důvodů, proč našla odvahu navštívit odborného lékaře.

Vliv na integritu kůže má i sama inkontinence, protože kůže je permanentně vystavena vlhkosti a dráždivým vlivům moči.

Co se příjmu potravy týče, nemá žádné problémy. Chrup má vlastní, sanovaný, chuť k jídlu je přiměřená.

Během pobytu v nemocnici musí přijímat nemocniční stravu, což vidí jako problém, protože je mnoho potravin, které nejí. S manželem se domluvila na případném přísunu vhodných potravin. Nemocná byla poučena, že před operací od půlnoci nesmí jíst ani pít a v pooperačním období bude tekutiny dostávat žilním

katétrem. Pít bude moci po operaci podle aktuálního stavu asi čtyři hodiny po operaci. Běžnou stravu dostane 1. pooperační den.

Objektivně: výška 168 cm, váha 72 kg (BMI = 25,51 – nadváha).

Vylučování

Paní H.V. nepřipouští problémy s vyprazdňováním střeva – frekvenci a charakter hodnotí jako normální. Občas mívá problémy s obstipací, což sama přičítá nedostatečnému příjmu tekutin. Tento problém se naučila řešit zvýšeným příjmem vlákniny.

Problémy s vylučováním moči má ve smyslu stresové inkontinence. Tyto problémy začala vnímat asi před deseti lety, ale s nástupem klimakteria se tyto problémy výrazně zhoršily. Zpočátku únik moči způsoboval větší nitrobřišní tlak, který vznikal například při nošení těžkých břemen. Postupem času se intenzita tlaku, způsobující únik moči, snižovala, nyní únik moči vyvolává smích, kašel, běh a někdy dokonce i pouhé posazení.

Problém má paní H.V. i s častými infekcemi močových cest, které jsou způsobené sníženým příjmem tekutin.

I během pobytu v nemocnici nemocná používá inkontinenční pomůcky a ví, že po operaci bude mít zavedený permanentní močový katétr.

Aktivita a cvičení

Paní H.V. cítí dostatek životní energie, je zcela soběstačná a stále aktivně pracuje. Je zcela nezávislá. Na doporučení odborného lékaře se snaží pravidelně cvičit – posiluje svaly pánevního dna a rekreačně jezdí s rodinou na kole. Má ráda procházky se psem.

V nemocnici získala mnoho informací o vhodných pohybových aktivitách souvisejících s problematikou inkontinence.

Obává se pooperační bezmocnosti a závislosti na okolí, protože podle jejích slov není zvyklá, aby se o ni někdo staral.

Spánek a odpočinek

Po spánku se paní H.V. obvykle cítí odpočatá a připravená plnit denní povinnosti. Kvalitu spánku v posledních letech narušují klimakterické obtíže, které způsobují probouzení několikrát za noc. Inkontinence spánek také narušuje, ale protože nemocná používá vhodné inkontinenční pomůcky pro použití v noci, není narušení spánku tak radikální.

K odpočinku jí postačuje 5 – 6 hodin spánku, ale spánku kontinuálního. Pokud je spánek několikrát za noc přerušen, na kondici druhého dne se to výrazně projeví. V případě potřeby užívá léky na spaní.

V nemocnici se obává prohloubení problémů týkajících se spánku. V souvislosti s operací se obává bolesti, pro kterou nebude možné usnout. Toto již konzultovala s lékařem a byla informována o podávání analgetik a hypnotik.

Vnímání a poznávání

Paní H.V. má od mládí potíže s nedoslýchavostí na levé ucho. Podle audiogramu se sluch levého ucha pohybuje okolo 45 % normálu. Pravé ucho je zcela v pořádku a nemocná se naučila se v případě potřeby natáčet ke zdroji zvuků uchem zdravým. Sama tu to vadu charakterizuje pouze jako mírně nepříjemnou, nikoli omezující. Vada se nezhoršuje, je na ni zcela adaptovaná.

Se zrakem problémy neudává, na dálku vidí dobře, od poslední návštěvy oftalmologa má brýle na blízko (+ 1,5 D).

Svůj mentální stav vnímá jako bezproblémový, potíže s pamětí, rozhodováním a učením nemá.

O svém zdravotním stavu byla, dle svých slov, informována dostatečně, pouze se obává pooperačního stavu a období rekonvalescence – aby se jí dostaly veškeré potřebné informace potřebné ke zvládnutí situace.

V současné době netrpí žádnými bolestmi, inkontinenci vnímá jako nepříjemný stav, který ji omezuje v každodenním životě.

Sebekoncepce a sebeúcta

Podle paní H.V. se její celkový emocionální stav s nástupem obtíží zhoršil, a to ve smyslu snížení sebeúcty (vlivem nepříjemných fyzických i psychických vjemů

spojených s inkontinencí), častějších frekvencí depresivních stavů a nervozity. Obtíže začaly asi před deseti lety. Částečná úleva se dostavila poté, co se se svými obtížemi s udržením moči svěřila manželovi. Podle názoru H.V. k tomu bylo zapotřebí mnoho sil, ale cítila, že to, že s manželem o svých problémech nehovoří, velmi ohrožuje jejich vztah. Dalším posunem bylo rozhodnutí k návštěvě odborníka. To, že začala situaci řešit, jí vrátilo alespoň část optimismu.

Plnění rolí a mezilidské vztahy

Paní H.V. žije s manželem a svými dvěma dospívajícími dětmi v bytě panelového domu ve velkém městě. Problémy s členy nejužší rodiny nepocituje, i když přiznává, že se s jejími obtížemi určitá disharmonie ve vztahu s manželem objevila. Za svůj handicap velmi styděla a omezovala kvůli němu i společenské kontakty (návštěvy divadel, výlety, cestování).

V současné době má již téměř dospělé děti a míní, že jsou bezproblémové. Jedinou starostí ve smyslu péče o rodinu je matka jejího manžela, která trpí stařeckou demencí a stará se o ni spolu s manželovou sestrou. Pro H.V. není péče o nemocné problém, protože stále pracuje jako zdravotní sestra, ale péče o manželovu matku jí zabírá až několik hodin denně.

Vztah s manželem hodnotí jako velmi dobrý. Nemoc tento vztah poznamenala neschopností o problému s manželem komunikovat, čímž mezi nimi vystavěla bariéru, kterou nyní oba odbourávají s velkými obtížemi. Manželova reakce byla příjemným zjištěním, protože očekávala negativní ohlas.

Paní H.V. pracuje jako zdravotní sestra ve stomatologické ambulanci na částečný úvazek.

Od společnosti se snaží do určité izolovat, aby handicap skryla. Věří, že operace toto změní.

Odloučení od rodiny během pobytu v nemocnici nevidí jako neřešitelný problém. Očekává, že hospitalizace bude krátkodobá a manžel ji bude pravidelně navštěvovat. Termín operace udala dopředu v zaměstnání. Plánovaná pracovní neschopnost nezpůsobila paní žádné komplikace.

Sexualita, reprodukční schopnost

Gynekologická anamnéza viz údaje o nemocné.

Paní H.V. si je vědoma, že její problémy souvisejí s obdobím klimakteria a se dvěma porody, z nichž jeden byl komplikovaný – klešťový, s velkými porodními poraněními.

Vzhledem k obtížím spojených se zvýšeným nitrobřišním tlakem, ke kterému dochází i během pohlavního styku, omezila svoji sexuální aktivitu na minimum. Toto byl jeden z důvodů porušeného vztahu s manželem, jenž neznal příčinu nezájmu.

Stres, zátěžové situace a jejich zvládání, tolerance

Paní H.V. pracovala celý život jako zdravotní sestra a se stresovými situacemi se potýkala denně. Podle jejích slov se naučila rozlišovat co je důležité a co není. Přesto s nástupem klimakteria a potíží s únikem moči začala pociťovat stavy zvýšeného napětí a nervozitu, s nimiž se těžko vyrovnávala. Své problémy nikdy neřešila ani léky ani alkoholem.

Paní H.V. se snaží stresu předcházet, snaží se o pozitivní nadhled, ale ne vždy se jí to daří. Za osobu, které může všechno svěřit jmenuje svoji sestru.

Nyní, těsně před plánovanou operací, pociťuje přítomnost strachu. Snaží se být optimistická a strach si nepřipouštět, ale ví, jaká rizika s sebou operace přináší.

Víra, přesvědčení, životní hodnoty

Paní H.V. je nevěřící, přestože pochází z křesťanské rodiny. Dlouhá léta pracovala s onkologicky nemocnými dětmi a říká, že víra utrpení druhých nezmírňuje. Z tohoto důvodu nepožaduje během hospitalizace žádné služby náboženského charakteru.

V případě životních cílů je přesvědčena, že již všem dostála, přesto o budoucnosti hovoří s velkým optimismem. Jako budoucnost vidí svoji rodinu, vnoučata.

4.4.2 Hodnocení nemocné

Hodnocení soběstačnosti nemocné z ošetrovatelského hlediska bylo provedeno podle Barthelova testu základních všedních činností (ADL – Activity Daily Living). První hodnocení proběhlo v den příjmu a nemocná dosáhla skóre 95 bodů – úplná nezávislost. Druhé hodnocení bylo 0. pooperační den, po příjmu nemocné z operačního sálu. Nemocná dosáhla skóre 10 – vysoká závislost. (viz příloha č. 9) Hodnocení je ještě doplněno o základní vyšetření sestrou, které je uvedeno v příloze č. 8.

4.5 Ošetrovatelské diagnózy 2. den hospitalizace – 0. pooperační den

Ošetrovatelské diagnózy jsou podrobně stanoveny ke 2. dni hospitalizace nemocné – 0. pooperačnímu dni, kdy byla nemocná H.V. byla po 30ti minutovém nekomplikovaném operačním výkonu ve svodné spinální anestézii předána anesteziologem na jednotku intenzivní péče.

Přehled ošetrovatelských diagnóz (2. den hospitalizace – 0. pooperační den):

Aktuální:

- Bolest akutní z důvodu operačního výkonu projevující se verbální stížností, snahou zaujmout úlevovou polohu a vegetativními projevy (pocení, tachykardie, tachypnoe)
- Porucha spánku z důvodu bolesti a změny okolního prostředí projevující se sníženou kvalitou spánku, poruchou usínání a únavou
- Deficit soběstačnosti z důvodu omezení tělesné hybnosti projevující se neschopností provádět základní hygienické úkony
- Změna ve vyprazdňování moči z důvodů zavedení permanentního močového katétru
- Porucha kožní integrity z důvodu zavedení invazivních vstupů (periferní žilní katétr a operační rány)

- Změna pocitu tělesné pohody z důvodu nemožnosti perorálního příjmu tekutin projevující se pocitem žízně
- Změna pocitu tělesné pohody z důvodu vlivu analgosedace projevující se nauzeou

Potenciální:

Potenciální ošetrovatelské diagnózy specifikují možná rizika, která nemocnou přímo neohrožují, ale je žádoucí učinit preventivní opatření, aby ke vzniku nedošlo.

- Možnost vzniku trombembolické nemoci z důvodu operačního výkonu a omezení hybnosti
- Možnost vzniku poškození organismu v důsledku pádu v souvislosti s imobilitou
- Možnost vzniku infekce z důvodu narušení integrity kůže a přítomnosti invazivních vstupů do organismu

4.6 Krátkodobý ošetrovatelský plán, realizace a hodnocení péče

0. pooperační den (24 hodin)

Bolest akutní z důvodu operačního výkonu

Bolest akutní z důvodu operačního výkonu projevující se verbální stížností, snahou zaujmout úlevovou polohu a vegetativními projevy (pocení, tachykardie, tachypnoe).

Na škále pro hodnocení bolesti od 1 do 10 (kdy 1 je bolest nejmenší – žádná a 10 je bolest nesnesitelná) udává stupeň 5.

Cíl péče:

Nemocná udává pocit snížení bolesti ze stupně 5 na stupeň 1 – 2 do 30ti minut po podání analgetika, snaží se bolest ovládat. Po celý den nebude bolest vnímat jako obtěžující.

Krátkodobý plán péče:

- zjistí přesnou lokalizaci bolesti, její trvání, intenzitu a zhoršující faktory
- podávej analgetika podle ordinace lékaře: Tramal 100 mg i.m. ihned po příjezdu z operačního sálu a dále v případě bolesti v minimálních intervalech 4 hodin
- kontroluj vznik bolesti a účinek podaných léků
- pomoz nemocné zaujmout úlevovou polohu
- nauč nemocnou předcházet bolesti jednoduchými opatřeními
- vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace
- o zhoršení informuj lékaře

Realizace:

Nemocné bylo aplikováno analgetikum ihned po příjezdu z operačního sálu (9:00 hod.) a po vertikalizaci a mobilizaci (20:20 hod.). Úlevové polohy bylo docíleno za pomoci lůžkovin a antidekubitálních pomůcek, protože stále přetrvával účinek svodné anestézie, čímž byla současně zajištěna antidekubitální prevence. Poloha v leže na zádech s pokrčenými dolními končetinami sníží tah břišní stěny.

Před vertikalizací a mobilizací byla nemocné vysvětlena technika posazování, aby nedocházelo k neúměrnému napínání břišní stěny, a tím ke zhoršování bolesti. Nemocná vstávala z polohy na levém boku přes loket levé horní končetiny a s oporou pravé horní končetiny.

Hodnocení:

Nemocná se snažila dodržet doporučení, která zmírňují bolest, do 20ti minut po podání analgetika došlo k ústupu bolesti, nemocná hodnotila zmírnění

bolesti stupněm 2 (na stejné škále) po podání první injekce analgetika a stupněm 1 po podání druhé injekce.

Porucha spánku z důvodu bolesti a změny okolního prostředí

Porucha spánku z důvodu bolesti a změny okolního prostředí projevující se sníženou kvalitou spánku, poruchou usínání a únavou.

Cíl péče:

Nemocná spí v průběhu časné pooperační péče minimálně šest hodin v celku, po spánku se cítí odpočatá. Doba usínání je maximálně 45 minut.

Krátkodobý plán péče:

- zajisti nemocné dostatek klidu
- před zahájením spánku uprav lůžko
- pouč nemocnou o vhodných relaxačních technikách
- podej hypnotikum podle ordinace lékaře dle potřeby
- vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace

Realizace:

Vzhledem k pobytu na jednotce intenzivní péče bylo nemožné zajistit dostatečný klid pro spánek. Vertikalizace a mobilizace byla pro nemocnou určitou zátěží a cítila po ní únavu. Po aplikaci analgetika pro bolest došlo k ústupu bolesti. Po provedení večerní hygienické péče a úpravě lůžka nemocná usnula. Spánek trval čtyři hodiny. Akutní příjem v 01:15 hodin, který na jednotce intenzivní péče způsobil hluk a světlo, nemocnou probudil. Doporučené relaxační techniky spánek nenavodily, ale hypnotikum odmítla, protože se obávala útlumu druhý den a narušení režimu den – noc. Do rána usnula ještě několikrát, ale na velmi krátkou dobu.

Tento problém i nadále přetrvává.

Hodnocení:

Nemocná nespala šest hodin bez přerušení, spánek hodnotila jako nekvalitní a necítila se po něm odpočatá. Byla jí vysvětlena nemožnost zajištění optimálních podmínek pro kvalitní spánek na oddělení akutních příjmů.

Tento problém bude třeba řešit i v následujících dnech.

Deficit soběstačnosti z důvodu omezení tělesné hybnosti

Deficit soběstačnosti z důvodu omezení tělesné hybnosti projevující se neschopností provádět základní hygienické a běžné denní úkony.

Cíl péče:

Nemocná se snaží být během 0. pooperačního dne alespoň částečně soběstačná ve zvládnutí jednotlivých úkonů a aktivně se podílí na činnostech vyžadujících její spolupráci. Omezení pohyblivosti vnímá jako přechodný.

Krátkodobý plán péče:

- vysvětlí nemocné, že necitlivost dolní poloviny těla vlivem svodné anestézie je dočasný a odezní přibližně po 12ti hodinách
- umístí signalizační zařízení v dosahu nemocné a seznámí ji s jeho funkcí
- pravidelně kontroluj stav kůže, aby nedošlo k poškození z důvodu zanedbání péče (nevhodná poloha kompresivních punčoch, nevhodná úprava lůžka) a použij vhodné antidekubitální pomůcky
- permanentní močový katétr vyved' horem přes dolní končetinu – dbej při tom na dostatečný spád močového katétru, aby byl zajištěn kontinuální odtok moči
- aktivně nabízej pomoc při zaujímání úlevové polohy, pití, apod.

- pravidelně kontroluj odeznívání svodné anestézie a návrat hybnosti
- vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace

Realizace:

Po příjezdu z operačního sálu byl u nemocné zkontrolován stav kůže a zhodnocení rizika vzniku dekubitů – byla upravena pozice antidekubitálních punčoch a ložního prádla lůžka nemocné. Permanentní močový katétr byl vyveden horem přes dolní končetinu. Nemocné byla vysvětlena problematika svodné anestézie a s ní související necitlivost dolní poloviny těla. Po odeznění analgosedace, kdy nemocná mohla přijímat tekutiny per os, byla seznámena s možností vždy požádat sestru o pomoc, čehož nemocná využívala. Úlevová poloha byla zaujímána za asistence sestry při bolesti, za využití lůžkovin a antidekubitálních pomůcek. Hygienická péče byla zajištěna sestrou za pomoci nemocné.

Anestetický účinek odezněl po přibližně 12ti hodinách a citlivost a hybnost se navrátila k původnímu. Soběstačnost byla 0. pooperační den ještě limitována pooperační bolestí, připojením na monitor, infuzní soupravu a permanentní močový katétr.

Hodnocení:

Nemocná pochopila dočasnost anestetického účinku a věděla, že může v každém případě využít pomoc sestry. Během trvání anestetického účinku u ní nedošlo k porušení integrity kůže vlivem zanedbání péče a zaznamenala vymizení účinku svodné anestézie po přibližně 11ti hodinách.

Změna vyprazdňování moči z důvodů zavedení permanentního močového katétru

Změna vyprazdňování moči z důvodů zavedení permanentního močového katétru projevující se nepříjemným pocitem a neschopností ovlivnit močení.

Cíl péče:

Nemocná neudává obtíže spojené s přítomností permanentního močového katétru po dobu jeho zavedení. Močový katétr bude mít dostatečný spád, aby moč mohla kontinuálně odtékat.

Krátkodobý plán péče:

- pečuj o močový katétr ve smyslu hygienické péče
- sleduj průchodnost permanentního močového katétru a vyvaruj se jeho zbytečnému rozpojování
- zaznamenávej veškeré změny v subjektivním vnímání přítomnosti permanentního močového katétru
- vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace
- podle ordinace lékaře permanentní močový katétr extrahuj – po mobilizaci, až bude nemocná schopna samostatné chůze na toaletu
- edukuj nemocnou o způsobu mikce po extrakci močového katétru po závěsné operaci
- kontroluj dobu a charakter mikce a informuj lékaře

Realizace péče:

Permanentní močový katétr byl po příjezdu z operačního sálu zkontrolován, vyveden přes dolní končetinu, zafixován a byl zajištěn jeho dostatečný spád. Do ošetrovatelské dokumentace byla zaznamenána bilance tekutin a subjektivní hodnocení nemocnou. Po úspěšném zvládnutí mobilizace byl permanentní močový katétr extrahován, nemocná byla edukována sestrou o technice mikce a možných komplikacích. Dostatečný příjem tekutin zajistil náplň močového měchýře. Nemocná pocítila nucení k mikci asi hodinu po extrakci a spontánně vymočila cca 120 ml.

Vše bylo zaznamenáno do ošetrovatelské dokumentace. O době, objemu a charakteru mikce byl informován lékař.

Hodnocení:

Během zavedení permanentního močového katétru nedošlo k zanesení infekce do močových cest. Močový katétr byl po celou dobu průchodný, s dostatečným spádem.

Po jeho extrakci nemocná věděla o technice mikce po extrakci a po závěsné operaci.

Spontánní mikce byla bez problémů, cca za hodinu po extrakci močového katétru o objemu 120 ml.

Porucha kožní integrity z důvodu zavedení invazivních vstupů

Porucha kožní integrity z důvodu zavedení invazivních vstupů (periferní žilní katétr a operační rány).

Cíl péče:

Veškeré invazivní vstupy jsou volně průchodné, nejeví známky infekce a po dobu pobytu na jednotce intenzivní péče nemocná subjektivně nevnímá negativní pocity v souvislosti se zavedenými invazemi a operačními ranami.

Krátkodobý plán péče:

- 0. pooperační den prováděj sterilní převaz operačních ran 1x denně po večerní hygienické péči v případě, že nebude třeba převaz častější
- pravidelně kontroluj vstup periferního žilního katétru a jeho převaz prováděj podle potřeby
- udržuj průchodnost periferního žilního katétru kontinuální infúzí nebo proplachem katétru roztokem heparinu (0,4 ml Heparinu + 4,6 ml Fyziologického roztoku 1/1)
- sleduj, zda nemocná nejeví známky infekce nebo přecitlivosti na některé krycí materiály

Realizace:

Operační rány byly sterilně převázány ve 20:00 hodin po provedení večerní hygienické péče. Rány byly klidné, bez známek infekce, častější převaz nebyl potřeba. Periferní žilní katétr byl zaveden tento den na operačním sále, byl krytý sterilní fólií. Vizuálně nejevil známky infekce. Nemocná si nestěžovala na bolest spojenou s přítomností žilního katétru, takže 0. pooperační den nebylo potřeba jej převazovat. Po ukončení infúzní terapie byl periferní žilní katétr propláchnutý heparinovým roztokem, aby nedošlo k jeho ucpání.

Močový katétr byl zafixován a vyveden přes dolní končetinu. Byl zajištěn jeho dostatečný spád, aby se předešlo retenci moči. V průběhu hygienické péče byl močový katétr a jeho okolí ošetřeny sterilním dezinfekčním roztokem. Močový katétr byl odstraněn po mobilizaci nemocné.

Operační rány a periferní žilní katétr byly kontrolovány sestrou při každé manipulaci s nemocnou.

Hodnocení:

0. pooperační den byly operační rány klidné, bez sekrece a krvácení, nejevily známky zánětu. Invazivní vstupy jsou volně průchodné, také bez známek infekce. Permanentní močový katétr byl extrahován po zvládnutí mobilizace nemocné.

Změna pocitu tělesné pohody z důvodu nemožnost perorálního příjmu tekutin

Změna pocitu tělesné pohody z důvodu nemožnost perorálního příjmu tekutin projevující se pocitem žízně.

Cíl péče:

Nemocná nemá pocit žízně do doby možnosti perorálního příjmu tekutin, nemá oschlé sliznice dutiny ústní a udává pocit zlepšení tělesné pohody.

Krátkodobý plán péče:

- pouč nemocnou o nutnosti daného opatření (pooperační vliv analgosedace a přítomnost nauzey)
- vysvětlí, že je možné vyplachovat dutinu ústní čistou vodou, případně malým kouskem ledu – tekutinu nepolykat
- v dosahu nemocné polož emitní misku a buničitou vatou
- při úkonu jí pomáhej, její hybnost je výrazně omezena
- při provádění večerní hygienické péče nemocné pomoz s hygienou dutiny ústní, umožni nemocné použít balzám na rty
- v případě možnosti přijímání tekutin per os (4 hodiny po příjezdu ze sálu) nemocné vysvětlí prevenci aspirace a pomoz jí s perorálním příjmem tekutin
- vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace

Realizace:

Nemocné byla vysvětlena nutnost pooperačního opatření a byl jí poskytnut kousek ledu na zvlhčení sliznic dutiny ústní. U hlavy nemocné byla umístěna emitní miska s buničitou vatou a byl jí vysvětlen její účel. V 13:00 nemocná mohla podle ordinace anesteziologa začít s perorálním příjmem tekutin, a protože nejevila známky nauzey, byla jí podána tekutina per os. Nemocné byla vysvětlena prevence aspirace tekutiny.

Během večerní hygienické péče byla nemocné umožněna hygieny dutiny ústní včetně použití balzámu na rty.

Hodnocení:

Nemocná do doby, než mohla začít přijímat tekutiny per os, nevnímala nepříjemný pocit žízně, neměla suché sliznice dutiny ústní. Udává pocit zlepšení stavu tělesné pohody.

Změna pocitu tělesné pohody z důvodu vlivu analgosedace

Změna pocitu tělesné pohody z důvodu vlivu analgosedace projevující se nauzeou

Cíl péče:

Nemocná nebude během 0. pooperačního dne vnímat nepříjemný pocit nauzey a nebude zvracet. V případě přítomnosti nauzey budou intervence zahájeny včas, aby nedošlo ke zvracení.

Krátkodobý plán péče:

- aplikuj antiemetikum podle ordinace lékaře – Torecan amp. v infuzi Hartmanova roztoku a dále v případě nauzey jako bolusovou intravenózní injekci (Torecan 1 amp. + 4 ml Fyziologického roztoku 1/1)
- poskytni nemocné informace o všech opatřeních týkajících se nauzey a zvracení (nemožnost perorálního příjmu tekutin, dosah emitní misky)
- informuj nemocnou o umístění signalizačního zařízení v jejím dosahu a pouč ji, aby informovala sestru změně stavu ve smyslu nauzey nebo zvracení
- vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace
- o všech komplikacích informuj lékaře

Realizace:

Nemocné bylo po příjezdu z operačního sálu do infuze Hartmanova roztoku aplikováno antiemetikum Toracan 1 amp.

Antiemetikum bylo aplikováno formou bolusové i.v. injekce ještě ve 21:35 hodin po vertikalizaci a mobilizaci nemocné, kdy došlo k rozvoji nauzey. I přes podání antiemetika došlo ke zvracení.

Nemocné se dostalo veškerých informací týkajících se nauzey a zvracení, konkrétně o prevenci aspirace – použití emitní misky, signalizace, poloha těla na boku při zvracení.

Hodnocení:

Nemocná trpěla nauzeou v časném pooperačním období, ale po infuzním podání antiemetika nepříjemný pocit ustoupil. Druhá ataka nauzey se dostavila po vertikalizaci a mobilizaci, která neustoupila ani po bolusovém podání antiemetika a došlo ke zvracení. Vzhledem k současné přítomnosti bolesti bylo podáno i analgetikum. Stav se upravil do hodiny po aplikaci obou léků a nedošlo k rozvoji dalších komplikací.

V průběhu 0. pooperačního dne již k další atace nauzey ani ke zvracení nedošlo, nemocná udávala subjektivní zlepšení pocitu.

Možnost vzniku tromboembolické nemoci

Možnost vzniku tromboembolické nemoci z důvodu operačního výkonu a omezení hybnosti.

Cíl péče:

Nemocná neutrpí v časném pooperačním období poškození zdraví v souvislosti se vznikem tromboembolické nemoci, bude znát preventivní opatření, jak vzniku předcházet a bude znát příznaky tromboembolické nemoci.

Krátkodobý plán péče:

- podávej nízkomolekulární heparin podle ordinace lékaře – Fraxiparine 0,3 ml s.c. 1x za 24 hodin ve 20:00 hodin
- zajisti správné navlečení kompresivních punčoch tak, aby plnily svoji funkci
- průběžně sleduj stav dolních končetin
- vysvětli nemocné zásady prevence a ihned, jak je to možné, zahaj mobilizaci a rehabilitaci
- vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace

Realizace:

Nemocná byla informována o možných rizicích a o jejich prevenci. Byla prováděna kontrola kompresivních punčoch a po odeznění svodné anestézie byla zahájena časná mobilizace a rehabilitace. Ve 20:00 hodin 0. pooperační den byl aplikován Fraxiparine 0,3 ml s.c. podle ordinace lékaře.

Byl průběžně kontrolován stav dolních končetin a nemocná byla dotazována na přítomnost symptomů týkajících se možnosti přítomnosti trombembolické nemoci.

Byl kontrolován stav s ohledem na přítomnost krvácivých projevů v souvislosti s aplikací antikoagulačních léků a vzniku hematomu v místě vpichu.

Hodnocení:

V průběhu 0. pooperačního dne nedošlo ke zhoršení zdravotního stavu ve smyslu vzniku trombembolické nemoci. Nemocná pochopila význam preventivních opatření.

Nebyly odhaleny žádné známky krvácivých projevů, místo vpichu bylo klidné.

Nemocná byla předána k dalšímu ošetřování na standardní oddělení, kde bude pokračováno v plnění plánu ošetřovatelské péče.

Možnost vzniku poškození organismu

Možnost vzniku poškození organismu v důsledku pádu v souvislosti se sníženou pohyblivostí a s pooperační dezorientací.

Cíl péče:

Nemocná neutrpí poškození organismu ve smyslu poranění, pohmoždění nebo zlomenin kostí jako následek pádu vlivem přetrvávání účinku analgosedace nebo vlivem snížené hybnosti. Neutrpí ani poškození kůže v časném pooperačním období.

Krátkodobý plán péče:

- připrav lůžko ještě před příjmem nemocné z operačního sálu a zajisti potřebné antidekubitální pomůcky
- zkontroluj aktuální stav vědomí nemocné a zkontroluj i stav kůže – zejména dolních končetin
- uprav polohu nemocné tak, aby byla zajištěna její bezpečnost
- použij antidekubitální pomůcky tak, aby nedošlo ke vzniku dekubitů
- dbej na správnou polohu kompresivních punčoch a na stav ložního prádla (bez záhybů nebo cizích předmětů v lůžku)
- permanentní močový katétr vyved' horem přes dolní končetinu a zafixuj
- pravidelně sleduj odeznívání analgosedace a stav vědomí
- pravidelně kontroluj stav kůže a sleduj odeznívání působení svodné anestézie a návrat hybnosti a citlivosti dolních končetin
- po úplném odeznění působení svodné anestézie zahaj mobilizaci rehabilitaci
- pouč nemocnou o nutnosti těchto opatření

Realizace:

Stav vědomí nemocné po příjezdu ze sálu byl ovlivněn působením analgosedace. Byl ovlivněn ve smyslu kvantitativní poruchy. Analgosedace odezněla přibližně za tři hodiny po příjezdu z operačního sálu. Lůžko nemocné bylo po dobu působení léků vybaveno postranicemi.

Stav kůže dolních končetin byl bez známek poškození, bylo upraveno ložní prádlo a kompresivní punčochy, dolní končetiny nemocné byly podloženy antidekubitálními pomůckami na predilekčních místech (paty). Vliv spinální anestézie odezněl asi po 11ti hodinách. Byla zahájena časná mobilizace a rehabilitace.

Nemocná byla informována o nutnosti prevence vzniku dekubitů po svodné anestézii.

Hodnocení:

Během 0. pooperačního dne došlo k úplnému odeznění jak vlivu perioperační analgosedace tak k odeznění svodné anestézie. Nemocná během pobytu na jednotce intenzivní péče neutrpěla poškození organismu v souvislosti s pádem ani ve smyslu vzniku dekubitů.

Možnost vzniku infekce

Možnost vzniku infekce z důvodu narušení integrity kůže a přítomnosti vstupů do organismu.

Cíl péče:

Nemocná nebude jevit do překlada na standardní oddělení známky celkového ani místního vzniku infekce, invazivní vstupy budou bez zarudnutí, otoků a bolestí.

Krátkodobý plán péče:

- 0. pooperační den prováděj sterilní převaz operačních ran 1x denně po večerní hygienické péči v případě, že nebude třeba převaz častější
- pravidelně kontroluj vstup periferního žilního katétru a jeho převaz prováděj podle potřeby
- sleduj, zda nemocná nejeví známky infekce nebo přecitlivosti na některé krycí materiály
- dbej o hygienu v okolí zavedení permanentního močového katétru
- pravidelně měř tělesnou teplotu – v 18:00 hodin

Realizace:

Operační rány byly sterilně převázány po provedení večerní hygienické péče. Rány byly klidné, bez známek infekce a častější převaz nebyl potřeba. Periferní žilní katétr byl zaveden tento den na operačním sále a byl krytý sterilní fólií.

Vizuálně nejevil známky infekce a nemocná se nestěžovala na bolest spojenou s přítomností žilního katétru, takže 0. pooperační den nebylo potřeba jej převazovat.

V průběhu hygienické péče byl močový katétr a jeho okolí ošetřen sterilním dezinfekčním roztokem. Močový katétr byl odstraněn po mobilizaci nemocné.

Operační rány a periferní žilní katétr byly kontrolovány sestrou při každé manipulaci s nemocnou. Tělesná teplota byla 37,0 °C.

Hodnocení:

Během pobytu na jednotce intenzivní péče nemocná nejevila známky ani celkové ani místní infekce v místech invazivních vstupů do organismu, operační rány byly klidné. Teplota těla byla ve fyziologických mezích.

4.7 Hodnocení efektu poskytované ošetrovatelské péče a průběh 0. pooperačního dne

4.7.1 Průběh 0. pooperačního dne z ošetrovatelského hlediska

Přestože TVT - O operace není pro nemocnou extrémně zatěžující, jako každá operace s sebou nese určitá rizika. Provádí se ve svodné anestézii, což je náročnější na ošetrovatelskou péči, protože anestetický efekt přetrvává několik hodin po operaci a výrazně tak omezuje citlivost a hybnost celé dolní poloviny těla.

Nemocná byla z operačního sálu přivezena na jednotku intenzivní péče, kde byl zahájen kontinuální pooperační monitoring fyziologických funkcí, který byl zaznamenáván v časové ose do ošetrovatelské dokumentace.

Fyziologické funkce byly monitorovány v prvních dvou hodinách po 15ti minutách, v následujících pěti hodinách po 30ti minutách a dále po 60ti minutách.

Tabulka č. 5 Naměřené hodnoty fyziologických funkcí

Veličina	Čas 0 hod.	Čas 2 hod.	Čas 5 hod.
krevní tlak	138/82 mm Hg	120/76 mm Hg	118/74 mm Hg
Puls	68 / minutu	76 / minutu	88 / minutu
Dech	12 / minutu	16 / minutu	14 / minutu
saturace O₂	97 %	98 %	98 %
Teplota	37,6 °C	36,8°C	37,4°C

Naměřené hodnoty se po celou dobu monitoringu pohybovaly ve fyziologických mezích a nebyla nutná jejich korekce. Pro názornost uvádím přehled naměřených hodnot v čase 0 (ihned po příjezdu ze sálu), v čase 2 hod. (za 2 hodiny po příjezdu ze sálu) a v čase 5 hod. (za 5 hodin po příjezdu ze sálu).

V časném pooperačním období je důležitá prevence vzniku proleženin, která je neméně důležitá i v průběhu operace na operačním sále. Svodná anestézie má své nesporné výhody, ale riziko vzniku dekubitů je u dlouhodobého působení anestézie při nesprávné ošetrovatelské péči velké. Samozřejmě je použití antidekubitálních pomůcek k podložení predilekčních míst. Tímto zmírníme riziko ischemie rizikových částí těla. Podstatná je i kontrola elastických punčoch, které by neměly tvořit škrtící zářezy do kůže a kontrola stavu ložního prádla.

Během operace byl nemocný zaveden permanentní močový katétr, který se standardně ponechává do mobilizace nemocného, aby byla sama schopna chůze na toaletu. Povinností sestry je kvantitativní a kvalitativní kontrola moči. Objem moči by měl korelovat s příjmem tekutin jak enterálním, tak parenterálním. Moč může být těsně po operaci lehce sanguinolentní, což je způsobeno manipulací s močovým měchýřem a uretrou. V tomto případě byla moč čirá, bez známek přítomnosti krve.

Bilance tekutin byla vyrovnaná, v následující tabulce jsou uvedeny hodnoty za prvních 6 hodin monitorace (+ 70 ml za 6 hodin).

Tabulka č. 6 Záznam bilance tekutin

PŘÍJEM	Za 6 hodin od příjezdu ze sálu
Enterální (per os)	250 ml
Parenterální	750 ml
Celkem	1000 ml
VÝDEJ	Za 6 hodin od příjezdu ze sálu
Moč (permanентní močový katétr)	680 ml
Stolice	0 ml
Perspirace, dýchání	100 ml
Zvracení	150 ml
Celkem	930 ml

Enterální příjem tekutin byl možný po čtyřech hodinách po příjezdu ze sálu. Ke svodné anestézii byla použita ještě lehká analgosedace a nemocná v časném pooperačním období trpěla nauzeou.

K mobilizaci nemocné bylo možné přistoupit po 12ti hodinách, když svodná anestézie dokonale odezněla. V průběhu těchto 12ti hodin je nutná kontrola hybnosti a citlivosti končetin a sledování průběhu odeznívání anestézie. Mobilizace musí vždy začít edukací nemocné o technice posazování a možných komplikacích, které mohou v rámci mobilizace nastat. Vysvětlíme i nutnost časně mobilizace jako prevence oběhových komplikací.

Mobilizace probíhala za přítomnosti dvou sester a začala nácvikem posazování. Pro vertigo byla nemocná uložena zpět na lůžko se zvýšenou horní polovinou těla a nácvik posazování byl opakován po 15ti minutách. Po zvládnutí posazení bylo nacvičováno postavení ze sedu a poté chůze. Mobilizace nebyla komplikována bolestí, ale zpočátku vertigem a v průběhu a po skončení nauzeou a zvracením. Vzhledem k bolestem po návratu na lůžko bylo aplikováno analgetikum a antiemetikum, a proto byla nemocné vysvětlena nutnost polohy na boku jako prevence aspirace při zvracení.

Při druhém pokusu mobilizace byla již nemocná bez obtíží, proto bylo možno přistoupit k extrakci permanentního močového katétru. Nemocná byla poučena o možných komplikacích a o nutnosti přítomnosti sestry při vstávání a chůzi. Nástup mikce je pro terapeutický závěr velmi důležitý, protože zhodnotí úspěšnost operace. Mikce byla spontánní, o objemu 120 ml, přibližně za hodinu po extrakci permanentního močového katétru. Mikce byla paní H.V. zhodnocena jako bezproblémová, pouze s potřebou vyvinutí většího tlaku než byla doposud zvyklá.

Bolest provázela časné pooperační období a období mobilizace. Byla zvládnuta nitrosvalovou aplikací analgetika. Bolest byla nemocnou hodnocena jako velmi nepříjemná, na stupnici od jedné do deseti volila v obou případech hodnotu čtyři až pět. Efekt podání analgetika pak hodnotila hodnotou jedna až dvě na stejné škále.

Prevence trombembolické nemoci zahrnovala bandáž dolních končetin, podkožní aplikace nízkomolekulárního heparinu, časnou pooperační mobilizaci a důslednou edukaci o možných rizicích.

Kontrola operačních ran byla prováděna v celém průběhu pobytu na jednotce intenzivní péče a zahrnovala jak kontrolu operačních ran na břišní stěně, tak kontrolu vpichu po svodné anestézii a kontrolu periferního žilního katétru. Převaz operačních ran byl prováděn podle potřeby, nejdéle však po 12ti hodinách.

Během pobytu na jednotce intenzivní péče se stav stabilizoval, nemocná byla bez nutnosti kontinuálního monitoringu, močila spontánně, bez nauzey a bolestí. Po vyplnění překladových zpráv byla nemocná přeložena na standardní pooperační oddělení.

4.7.2 Hodnocení efektu poskytované péče a dlouhodobý plán péče

Během 2. dne hospitalizace – 0. pooperačního dne se u nemocné vyskytly aktuální ošetrovatelské problémy uvedené v předešlé kapitole, z nichž se některé podařilo vyřešit. Některé byly předány jako přetrvávající ošetrovatelský problém na standardní pooperační oddělení, kam byla nemocná z jednotky intenzivní péče přeložena následující den. Některé problémy přetrvávaly i nadále a bylo zapotřebí jejich řešení v terénu.

Ošetrovateľská diagnóza **bolest** byla vyřešena během pobytu na jednotce intenzivní péče intramuskulární aplikací analgetika.

Ošetrovateľská diagnóza **porucha spánku** vyřešena nebyla a nebyla vyřešena po celou dobu hospitalizace. Pro zlepšení kvality spánku byla nemocná poučena o technikách spánkové hygieny a o speciálních relaxačních technikách napomáhajících navození spánku.

Ošetrovateľská diagnóza **deficit soběstačnosti** byla vyřešena během pobytu na jednotce intenzivní péče.

Ošetrovateľská diagnóza **změna ve vyprazdňování moči** byla na jednotce intenzivní péče vyřešena částečně, a to extrakcí permanentního močového katétru. Nemocná byla důsledně poučena o technice mikce po závažné operaci a o nutných opatřeních vedoucích k dlouhodobému udržení kontinence v případě úspěšnosti operace.

Ošetrovateľská diagnóza **porucha kožní integrity** byla jako přetrvávající ošetrovateľský problém předána na standardní pooperační oddělení – veškeré invazivní vstupy a operační rány byly předány klidné, bez známek infekce. Na pooperačním oddělení byl extrahován periferní žilní katétr, komplikace nenastaly. Operační rány byly v den dimise klidné, bez sekrece a krvácení – ve fázi hojení.

Ošetrovateľská diagnóza **změna pocitu tělesné pohody projevující se žízní** byla úplně vyřešena během pobytu na jednotce intenzivní péče.

Ošetrovateľská diagnóza **změna pocitu tělesné pohody projevující se nauzeou** byla parciálně vyřešena na jednotce intenzivní péče a dořešena na standardním pooperačním oddělení.

V případě potenciálních ošetrovateľských diagnóz stanovených 0. pooperační den byla potenciální diagnóza **možnost vzniku porušení organismu** vyřešena téhož dne.

Potenciální ošetrovateľská diagnóza **možnost vzniku trombotické nemoci** byla řešena kontinuálně během celé hospitalizace. Při dimisi nemocná nejevila žádné známky trombotického postižení a riziko jeho vzniku již nebylo zvýšené v souvislosti s operačním výkonem.

Potenciální ošetřovatelská diagnóza **možnost vzniku infekce** přetrvávala i po dimisi nemocné do domácího ošetření, protože operační rány nebyly zhojené. Nemocná byla informována o datu extrakce stehů.

Vzhledem k vyřešení většiny ošetřovatelských problémů týkajících se aktuálního stavu spojeného s operačním výkonem, se pozornost mohla zaměřit na aktuální a potenciální ošetřovatelské diagnózy dlouhodobého charakteru, jejichž význam nabyl na důležitosti.

Ošetřovatelská diagnóza **situační snížení sebeúcty** je problémem dlouhodobým, provázející nemocnou od počátku onemocnění. Cílem ošetřovatelské péče je osvojit si takové způsoby chování, které obnovují pozitivní sebeúctu. Operace je pro nemocnou nadějí na vyřešení problému, a nemocná ví, že sebeúcta je pro kvalitu života velmi významným faktorem. Je informována, kam se obrátit v případě, že dojde k poznání potřeby pomoci psychologa.

Potenciální ošetřovatelská diagnóza **možnost vzniku obstipace** má dlouhodobý charakter a nemocná této problematice rozumí. Cílem ošetřovatelské péče je pravidelné vyprazdňování tlustého střeva, kterého bude dosaženo dodržením pitného režimu, změnou stravovacích návyků a dostatečnou pohybovou aktivitou. Nemocná byla edukována o jednotlivých složkách prevence a získala edukační materiál k tomuto tématu.

4.8 Psychologické a sociální aspekty

Každé onemocnění ovlivňuje člověka jako celek. Zasahuje do jeho chování, prožívání a zasahuje i do sociálních interakcí. To, jak člověk na přítomnost nemoci reaguje, je primárně závislé na výchozí osobnosti jedince.

Reakce na nemoc tedy vychází z premorbidní osobnosti jedince a z charakteru onemocnění (jedná-li se akutní, chronické, duševní, deformující onemocnění).

Akutní onemocnění je obecně vždy lépe snášeno (včetně bolesti) než onemocnění dlouhodobé, chronické. Dlouhodobá onemocnění často osobnost více zatěžují a adaptace na tato onemocnění je mnohem náročnější. [Křivohlavý, 2002]

Vyrovňování se s nemocí a potažmo se smrtí je velmi individuální, u každé osobnosti jinak dlouhé, s jiným průběhem. Přesto se průběh vyrovňování se s nemocí dá shrnout do několika fází, které popsala Elizabeth Kübler-Ross:

- fáze negace = popření diagnózy, šok
- fáze agrese = vzpoura, hněv
- fáze smlouvání = vyjednávání, sliby
- fáze deprese = smutek zoufalství
- fáze smíření = přijetí, souhlas

Emoční projevy nemoci, jako je strach nebo úzkost, by v žádném případě neměly být přehlíženy a bagatelizovány, přestože intenzita emočních projevů nemusí odpovídat závažnosti onemocnění. Ani prožívání bolesti není vždy adekvátní dané situaci, což je potřeba respektovat.

Spolupráce s klinickým psychologem nebo sociálním pracovníkem je v mnoha případech velmi přínosná a stále častěji využívaná. Uplatňuje se významně v problematice nádorových onemocnění, u onemocnění deformujících tělesnou schránku a kdekoli tam, kde to primární osobnost jedince vyžaduje.

4.8.1 Psychologické aspekty nemoci

Paní H.V. je orientovaná časem i prostorem, odpovědi jsou přiléhavé, plnohodnotné. Řeč je srozumitelná. Svým jednáním působí introvertním dojmem – mluví tiše, přestože v místnosti nikdo jiný není. Málo využívá mimiky a gestikulace, přesto nonverbální projev koreluje s verbálním. Komunikace a spolupráce je velmi dobrá.

Reakce na nemoc je přiměřená, v současné době je paní H.V. optimistická vůči budoucnosti, operaci hodnotí jako významný mezník. Nemoc však prožívá jako velký psycho – sociální handicap.

Hodnocení potřeb nemocné podle Maslowa:

- **potřeby fyziologické** – jako narušená zde vystupuje potřeba spánku (vlivem základního onemocnění a vlivem klimakterických změn), potřeba čistoty (inkontinence nemocnou omezuje v každodenních činnostech) a sexuální potřeba (inkontinence nemocnou omezuje i v této oblasti)
- **potřeba jistoty a bezpečí** – tyto potřeby se nejeví jako porušené, nemocná zdravotnickému personálu důvěřuje a věří i v úspěšnost operace, je v pravidelném kontaktu s rodinou. Strach z operace hodnotí nemocná jako fyziologický (přiměřený stavu)
- **potřeba lásky a sounáležitosti** – tato potřeba je z pohledu nemocné částečně narušena vlivem základního onemocnění (nemocná ale přiznává, že na narušení vztahu s manželem nese velký díl viny ona sama, protože řešení problému mnoho let odkládala a s manželem problém konzultovat nechtěla)
- **potřeba sebeuznání a sebeúcty** – i tyto potřeby jsou dlouhodobým působením nemoci porušeny (sebeúcta je porušena výrazně, paní H.V. prožívá problém inkontinence jako velký psycho–sociální handicap)
- **potřeba seberealizace a sebeaktualitace** – potřeba seberealizace je porušena aktuálně, paní H.V. nemá ráda pocit závislosti na druhé osobě (pobyt v nemocnici vidí jako přechodný a krátkodobý), dlouhodobě tyto potřeby narušeny nejsou.

4.8.2 Sociální aspekty nemoci

Paní H.V. je vdaná (jednou), žije ve společná domácnosti s manželem a dvěma dětmi. Žijí v bytě panelového domu ve městě. Ona i manžel dosud pracují, přestože manžel je již ve starobním důchodu. Děti studují.

Paní H.V. pracuje jako zdravotní sestra a svou práci má velmi ráda. Celý život pracovala s dětmi.

Její manžel ji po dobu hospitalizace navštěvoval a ona se na návštěvy těšila. Mluvili zejména o dětech, o manželově matce, o kterou se dlouho starala a o psovi. Volný čas v nemocnici si paní H.V. krátila sledováním televize a luštěním křížovek.

4.9 Edukační plán

Edukace je významnou a nezastupitelnou součástí ošetrovatelského procesu. Podstatou edukace je pozitivní ovlivnění nemocného při osvojování si dovedností a vědomostí týkajících se konkrétní situace. [Malach, 2007]. Edukatorem může být kterýkoli zdravotnický pracovník.

Cíle edukace vycházejí z aktuálního psychického a zdravotního stavu nemocného a z jeho dosavadních zkušeností a vědomostí.

Edukace je individuální práce s nemocným a je založena na aktivní spolupráci a následné samostatnosti ve vykonávání požadovaných činností.

Edukace je dlouhodobý proces, pro jehož úspěšnost je třeba dodržení několika zásad:

- dostatek času
- zajištění soukromí
- srozumitelný výklad s ohledem na konkrétní osobu
- přiměřené množství informací
- zpětná vazba
- vytvoření edukačního plánu (edukace je proces, který je zahájen sběrem vstupních informací, pokračuje tvorbou plánu s cíli, realizací a následným zhodnocením celého procesu)
- názornost (pomůcky, videozáznam, brožury, letáky, odkazy na internetu, literatura)
- prostor pro shrnutí a dotazy
- systematičnost, důslednost, vhodné metody

Pro úspěšnost edukace je důležitá motivace. Motivace stimuluje nemocného k úspěšnému zvládnutí požadovaných dovedností. Základní motivací je pro nemocného samostatnost.

Do edukace je vhodné zapojit i rodinu nemocného, protože stimuly pak budou k nemocnému přicházet z více stran, čímž se motivace zvýší.

Pro úspěšnou edukaci jsou podstatné i vlastnosti edukátora. Úspěch závisí na jeho psychických vlastnostech, temperamentu, odborných vědomostech a komunikačních schopnostech.

Edukátor má za úkol nemocného podporovat a motivovat, nikoli ho kritizovat nebo jakkoli negativně hodnotit.

4.9.1 Edukační standard u problematiky stresové inkontinence

- při jakýchkoli problémech s únikem moči navštívit lékaře
- vyloučit nebo alespoň omezit příjem kofeinu, alkoholu a dráždivé stravy
- zvýšit tělesnou aktivitu ve smyslu posilování pánevního dna (viz příloha č. 2)
- udržovat ideální tělesnou hmotnost
- neomezovat příjem tekutin
- používat speciální inkontinenční pomůcky ke zvýšení osobního komfortu a snížení negativních dopadů na psychiku

4.9.2 Krátkodobé edukační plány

4.9.2.1 Péče o operační rány po propuštění do domácího ošetření

Tuto edukaci poskytuje sestra, edukace spočívá v seznámení nemocné s významem ošetřování operační rány, se zásadami dezinfekce a s postupy ošetřování.

Součástí edukace je ukázka dezinfekčních prostředků a krycích materiálů.

4.9.2.2 Nácvik mikce po závažné operaci

Tuto edukaci poskytuje sestra urogynekologické ambulance ještě před operací a jejím cílem je naučit nemocnou správné technice mikce v časném pooperačním období. Důležité je vysvětlení techniky (močit v sedě, nepoužívat břišní lis, v průběhu močení přerušovat proud moči volnými kontrakcemi svalstva) a významu tohoto postupu.

Pro sestru má velký význam zpětná vazba, aby poznala, jak byla edukace úspěšná a kde je potřeba postup edukace přehodnotit a změnit.

4.9.2.3 Chování v období rekonvalescence

Tuto edukaci provádí ošetřující lékař nejčastěji v den dimise a její význam spočívá v seznámení nemocné s doporučeným chováním (viz. nácvik mikce + nezvedat břemena, absence pohlavního styku, dodržování pitného režimu, gymnastika pánevního dna) a předání kontaktu na fyzioterapeuta a edukačních materiálů týkajících se této problematiky.

4.9.3 Dlouhodobé edukační plány

4.9.3.1 Gymnastika pánevního dna

Tuto edukaci provádí fyzioterapeut a spočívá v osvojení si technik posilování svalů pánevního dna. Edukace je názorná a probíhá v několika lekcích, v případě zájmu nemocné probíhá formou individuálních hodin. Edukace začíná v předoperačním období a spolupráce s fyzioterapeutem pokračuje i po operaci, kdy je potřeba drobných korekcí.

4.9.3.2 Spánková hygiena

Tuto edukaci může provádět sestra, ošetřující lékař nebo klinický psycholog. Význam spočívá v osvojení si zásad, které vedou k obnovení kvality spánku (omezit stres, omezit kofein, teplota v ložnici, apod.). jsou doporučeny relaxační techniky, která napomáhají navození spánku.

4.9.3.3 Dodržování pitného režimu a prevence obstipace

Tuto edukaci provádí sestra a její význam spočívá v osvojení si návyků spojených s dostatečným příjmem tekutin během dne. Jako pomůcky je využíván bilanční list, do kterého je příjem tekutin během dne pravidelně zaznamenáván a pravidelně vyhodnocován. Součástí edukace je seznámení s negativními dopady nedostatečného příjmu tekutin a seznámení s adekvátním množstvím a složením přijímaných tekutin.

Nemocná pochopila význam získaných informací. Během některých edukací paní H.V. obdržela informační materiál a edukační DVD.

Manžel nemocné byl přítomen u nácviku posilování svalů pánevního dna, aby mohl manželce pomáhat.

Paní H.V. ví, na koho se v případě nejasností obrátit.

5 ZÁVĚR A PROGNÓZA

Nemocná byla v uspokojivém stavu propuštěna do domácího ošetření, byla instruována o dalším postupu (návštěva praktického lékaře a kontroly na urogynekologické ambulanci), o průběhu rekonvalescence a o možných komplikacích a jejich řešení. S průběhem rekonvalescence byl seznámen i manžel nemocné, který ji také doprovází domů.

Z ošetrovatelského hlediska byla před dimisí provedena edukace o péči o operační rány a fyzioterapeutem byl navržen rehabilitační plán.

Dlouhodobé ošetrovatelské problémy byly společně s nemocnou vyhodnoceny a byl doporučen návrh na realizaci jejich řešení. Nemocná ví, kam se v případě nejasností nebo problémů obrátit o pomoc.

Na kontrole v urogynekologické ambulanci dva týdny po operaci byl stav shledán jako velmi uspokojivý a subjektivní hodnocení výsledku operace bylo velmi pozitivní.

Stav se bude ještě nadále vyvíjet, paní H.V. z edukace ví, jakých činností se musí vyvarovat a naopak, čím pozitivní výsledek podpořit. Do budoucna plánuje pravidelné posilování pánevního dna, které jí bylo doporučeno lékařem i fyzioterapeutem.

Z medicínského hlediska byla operace úspěšná (úspěšnost TVT operací přesahuje 90 % v dlouhodobém časovém horizontu) a šance na udržení stavu je velmi vysoká. Vyžaduje ovšem určitou disciplínu, která spočívá v pravidelném cvičení a v udržení optimální tělesné hmotnosti.

Paní H.V. se dva týdny po operaci cítí velmi dobře, vidí velký pokrok ve vývoji svého zdravotního stavu a kladně hodnotí i změny stavu své psychiky. Budoucnost vidí optimisticky, plánuje návrat do zaměstnání a svou pozornost soustřeďuje na udržení zdraví jako bio – psycho – sociálního systému.

Souhrn

Cílem této bakalářské práce je zpracování případové studie ošetrovatelské péče o nemocnou H.V. (56 let), která byla hospitalizována na jednotce intenzivní péče a pooperačním oddělení gynekologicko – porodnické kliniky s diagnózou Stresová inkontinence II. stupně. Přijata byla k plánovanému výkonu – chirurgickému řešení úniku moči.

Klinická část práce obsahuje průřez anatomii, fyziologií a dále obsahuje informace o nemocné z lékařské dokumentace. Ošetrovatelská část se zabývá popisem ošetrovatelské péče o nemocnou v časném pooperačním období. Péče byla prováděna podle Teorie ošetrovatelského procesu. Hodnocení nemocné z ošetrovatelského hlediska bylo provedeno podle Modelu fungujícího zdraví Marjory Gordonové. Dále je popsána obecná psycho-sociální problematika, vliv nemoci na člověka, jeho reakce a prožívání. Významnou částí je kapitola o edukaci. Práce je doplněna seznamem odborné literatury, seznamem použitých zkratk, tabulek a obrázků, dále je doplněna přílohami.

Summary

There is one objective of this work – elaboration of case study (nursing care of patient with the Female urinary stress incontinence, II. grade). 56 years old patient was hospitalized on the clinic of gynaecology and obstetric because of urogynecology operation.

First chapter contains anatomy, physiology and informations from medical documentation. Nursing part contains description of nursing care of patient in early postoperative time. The nursing care was performed by the Theory of nursing process. Evaluation was performed by the Model of Marjory Gordon. Next part contains common psycho-social problems, influence of disease on person and his reactions. Meaningful part of this work is a chapter about the education. This work is completed by the list of professional literature, list of used abbreviations, charts and pictures and eventually is completed by the several supplements.

Seznam odborné literatury

- 1) Adams, B., Herold, C.E. Sestra a akutní stavy od A do Z. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 488 s. ISBN 80-7169-893-8.
- 2) Citterbart, K. Gynekologie. 1. vyd. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.
- 3) Čechová, V., Mellanová, A. a Rozsypalová, M. Psychologie a pedagogika I. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003. 186 s. ISBN 80-7333-014-8.
- 4) Čechová, V., Kučerová, H. a Mellanová, A. Psychologie a pedagogika II. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2004. 160 s. ISBN 80-7333-028-8.
- 5) Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. Kapesní průvodce zdravotní sestry. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2001. 565 s. ISBN 80-247-0242-8.
- 6) Greisneger, J., Štefanovič, J. Psychologie. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 256 s. ISBN 08-069-87.
- 7) Halaška, M. et al. Urogynekologie. 1.vyd. Praha: Galen, 2004. 256 s. ISBN 80-7263-272-2.
- 8) Jobáková, M. et al.: Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky. 3. vyd. Brno: NCO NZO, 2003. ISBN 80-7013-390-2.
- 9) Kapounová, G.: Ošetřovatelství v intenzivní péči. Praha: Grada Publishing, 2007. 352 s. ISBN 978-80-247-1830-9.
- 10) Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- 11) Křížová, E. Úvod do sociologie. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1993. 97 s. ISBN 382-160-92.
- 12) Malach, J.: Pedagogika jako obecná teorie edukace. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-291-0.
- 13) Mašata, A., Martan, J. Příloha odborného časopisu Moderní gynekologie: Pánevní dno a jeho poruchy. Praha: Levert. č. 1, březen 2003. ISSN 1211-1058.

- 14) Nakonečný, M. Psychologie osobnosti. 1. vyd. Praha: Academia, 1995. 336 s. ISBN 80-200-0525-0.
- 15) Nejedlá, M., Šafránková, A. Interní ošetřovatelství II. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 212 s. ISBN 80-247-1777-8.
- 16) Pacovský, V. O moderním ošetřovatelství. 2. vyd. Praha: Avicenum, 1981. 76 s. ISBN 08-066-81.
- 17) Pavlíková, S. Modely ošetřovatelství v kostce. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3.
- 18) Rokyta, R. et al. Fyziologie. 1. vyd. Praha: ISV nakladatelství, 2000. 359 s. ISBN 80-85866-45-5.
- 19) Sekot, A. Sociologie v kostce. 1. vyd. Brno: Paido, 2002. 142 s. ISBN 80-7315-021-2.
- 20) Staňková, M. České ošetřovatelství 6. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 55 s. ISBN 80-7013-323-6.
- 21) Staňková, M. České ošetřovatelství 3. 1. vyd. Brno: NCO NZO, 2004. 49 s. ISBN 80-7013-282-5.
- 22) Staňková, M. Ošetřovatelská terminologie. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1996. 193 s. ISBN 80-71-84-243-5.
- 23) Trachtová, E. et al. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu. 1. vyd. Brno: IPDVZ, 186 s. ISBN 80-7013-324-8.

Seznam internetových adres:

- <http://www.mocova-inkontinence.cz/>
- <http://www.inkontinence.com/>
- <http://www.humanus.cz/info/inkontinence/inkontinence02.htm>
- http://www.avicena.cz/clanky/Stari_a_jeho_problemy/stari4.htm
- <http://www.sestra.cz/scripts/>
- http://www.sanquis.cz/clanek.php?id_clanek=433
- <http://www.cnna.cz/vedeni-osetrovatelske-dokumentace>
- <http://www.gyne.cz/clanky/>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Chronická medikace

Tabulka č. 2 Cystometrické vyšetření

Tabulka č. 3 Uroflowmetrické vyšetření

Tabulka č. 4 Vyšetření uretrálního tlaku a profilometre

Tabulka č. 5 Naměřené hodnoty fyziologických funkcí

Tabulka č. 6 Záznam bilance tekutin

Seznam obrázků

Obr. č. 1 Anatomie pánve

Obr. č. 2 Poloha polypropylenové pásky u TVT

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Dotazník hodnocení kvality života

Příloha č. 2 – Edukační materiál k problematice stresové inkontinence

Příloha č. 3 – Graf četnosti používaných operačních metod v letech 1998 až 2000

Příloha č. 4 – Dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence (podle Gaudenz –
Cardozz)

Příloha č. 5 – Schematické zobrazení ultrazvukového pohledu na dolní močové
ústroj ve vztahu k diagnostice stresové inkontinence

Příloha č. 6 – Záznam uroflowmetrie

Příloha č. 7 – Záznam cystometrie

Příloha č. 8 – Ošetrovatelská dokumentace – anamnéza při přijetí nemocné na JIP

Příloha č. 9 – Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 10 – Plán ošetrovatelské péče

Seznam použitých zkratk

Zkratka	Význam zkratky
WHO	World Health Organization
ICS	International Continence Society
MOP	mikrobiální obraz poševní
D	Dioptrie
BMI	Body Mass Index
EKG	Elektrokardiograf
°C	stupeň Celsia
cm H ₂ O	centimetr vodního sloupce
mm Hg	milimetr rtuťového sloupce
amp.	ampule
supp.	suppositorium
p.o.	per os
i.v.	intra venum
s.c.	sub cutum
i.m.	intra muslulum
lig.	ligamentum
ADL	Aktivita Daily Living
TVT	Tension - free Vaginal Tape
TVT - O	Tension – free Vaginal Tape – Obturatorní systém

Dotazník hodnocení kvality života

(zdroj: <http://www.mocova-inkontinence.cz/clanky4.html>)

Celkový pocit zdraví:

1. Jak byste popsala v současnosti své zdraví?

(velmi dobré, dobré, slušné, špatné, velmi špatné)

Vliv inkontinence:

2. Jak moc ovlivňují Vaše potíže s močovým měchýřem Váš život?

(vůbec, trochu, středně, moc)

Postavení:

3a. Do jaké míry ovlivnily Vaše problémy starost o domácnost (úklid, nákupy)?

3b. Ovlivnily Vaše potíže Vaše zaměstnání nebo aktivity mimo domov?

Fyzické aktivity:

4a. Ovlivnily potíže s udržením moči Vaši fyzickou aktivitu) procházky, běhání, sport, cvičení)?

4b. Ovlivnily Vás potíže v cestování?

4c. Ovlivnily Vaše potíže Váš společenský život?

4d. Omezily Vaše potíže navštěvování přátel a příbuzných?

(vůbec, vyjimečně, někdy, často)

Osobní vztahy:

5a. Ovlivnil Váš problém vztah s partnerem?

5b. Ovlivnil Váš problém sexuální život?

5c. Ovlivnil Váš problém rodinný život?

(neodpovězeno, nikdy, ojediněle, někdy, hodně)

Emoce:

6a. Cítíte se depresivně díky potížím s močovým měchýřem?

6b. Cítíte se nervózně a bojíte se?

6c. Cítíte se špatně?

(vůbec, výjimečně, někdy, hodně)

Spánek, energie:

7a. Ovlivňují Vaše potíže spánek

7b. Cítíte se unaveně:

(nikdy, občas, často, vždy)

Závažnost problému:

Děláte následující? Pokud ano, jak často?

8a. Nosíte vložky k udržení suchosti?

8b. Sledujete příjem tekutin?

8c. Měníte spodní prádlo, pokud je vlhké?

8d. Bojíte se zápachu?

8d. Jste rozpačitá ze svých potíží?

(nikdy, někdy, často, vždy)

Ve třetím oddíle musí pacientka popsat a obodovat následující potíže:

Frekvenci, nykturie, urgencye, urgentní inkontinenci, stresovou inkontinenci, noční pomočování se, inkontinenci při sexu, opakované infekce močových cest, bolest močového měchýře, obtížné vymočení se a nespecifikované potíže s močením.

Edukační materiál k problematice stresové inkontinence

(zdroj: edukační materiál gynekologicko-porodnické kliniky FN)

Co je inkontinence moči? - Neschopnost udržet moč.

Potíže s udržením moči postihnou během života každou druhou ženu nezávisle na věku.

Aby mohla být inkontinence moče správně léčena, je potřebné zjistit, o jaký typ inkontinence se jedná. Diagnostikou a léčbou ženské močové inkontinence se zabývají specialisté oboru urogynekologie a urologie.

Pokud se nechtěný únik moče stane pro ženu sociálním a hygienickým problémem, měla by jej řešit. Přestože inkontinence postihuje i mladé ženy, její výskyt se s přibývajícím věkem výrazně zvyšuje (15-57% ženské populace). Závažnost inkontinence vnímá každá žena individuálně. Pro ženy s vysoce aktivním profesionálním, společenským a osobním životem je i méně závažná inkontinence nepříjemná. Jsou však i ženy trpící těžkou formou inkontinence, o které se mylně domnívají, že to tak musí být. Opak je pravdou.

Každá žena má právo na kontinenci - schopnost moč udržet.

Proto by měla inkontinentní žena se svým handicapem bojovat, nikoli mu podléhat.

Vaším ošetřujícím lékařem Vám bylo doporučeno cvičení na posílení pánevního dna. Na následujících stránkách se dozvíte informace, jak toto cvičení správně provádět.

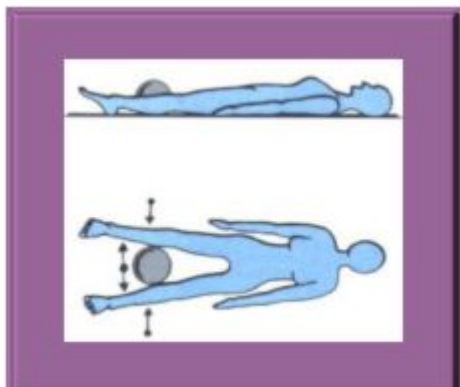


1.

Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny, paže volně podél těla. V nádechu stáhneme pánevní dno, doporučujeme dechovou výdrž na 3, 5, 7 vteřin a s výdechem kompletní uvolnění.

2.

Leh na zádech, pokrčené dolní končetiny, paže volně podél těla. V nádechu zvedáme pánev a vtahujeme konečník, opět postupně dle zdatnosti doporučujeme dechovou výdrž na 3, 5, 7 vteřin, s výdechem celkové uvolnění.

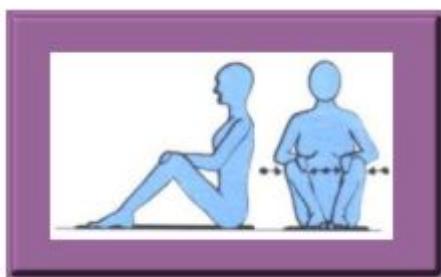
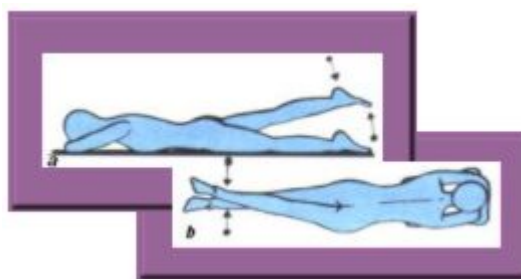


3.

Leh na nádech, natažené dolní končetiny, mezi lýtky vložíme míč. V nádechu tiskem dolních končetin k sobě stlačujeme míč, s výdechem uvolníme.

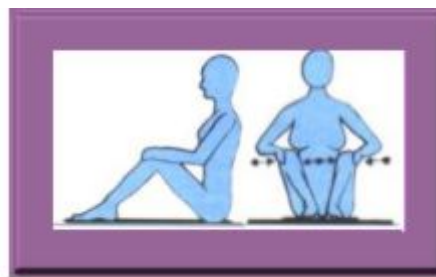
4. Leh na břicho, ruce složíme pod čelo:

- a) pravidelně zhluboka dýcháme - střídavě zanožujeme pravou a levou dolní končetinu (vždy propnutou v koleně)
- b) pravidelně zhluboka dýcháme - střídavě překřížujeme pravou dolní končetinu přes levou a obráceně (opět propnuté v koleně).



5. Sed, pokrčená kolena mírně od sebe, chodidla u sebe, pokrčená předloktí vložíme na vnitřní stranu kolen:

- a) pokrčená předloktí tlačí na vnitřní stranu kolen proti tlaku dolních končetin dýcháme pravidelně, zhluboka, uvolníme se

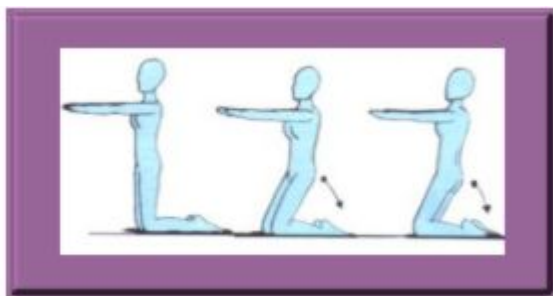


- b) dlaněmi se uchopíme na zevní straně kolen, stáhneme sedací a břišní svaly a vtáhneme konečník, kolena roztláčujeme silou od sebe proti odporu dlaní, dýcháme pravidelně, zhluboka, uvolníme se.



6.

Vzpor klečmo, lokty opřeme o zem, hlavu skloníme, stáhneme hýžďové svaly - ve výdechu se uvolníme.

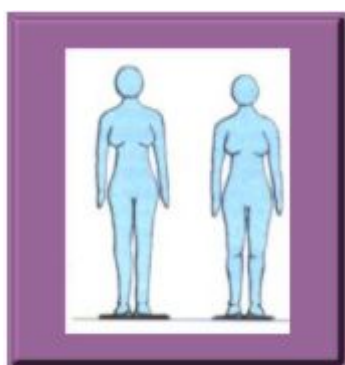


7.

Klek vzpřímený, paže buď v předpažení nebo ruce složené v týl. Ve výdechu dosedneme na podložku vedle lýtek vpravo, s nádechem jdeme zpět do vzpřímeného kleku. Totéž opakujeme s dosednutím vlevo.

8.

Přímý sed na židli. Odpor dlaněmi ze stran o desku židle, stáhneme břišní svaly, hýžd'ové, pánevní dno výdrž 3, 5 vteřin, s výdechem se celkově uvolníme.

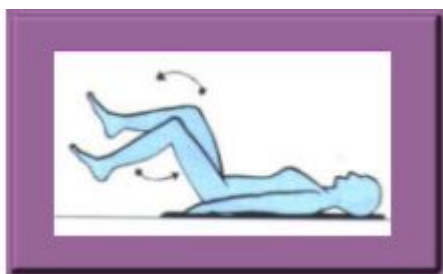
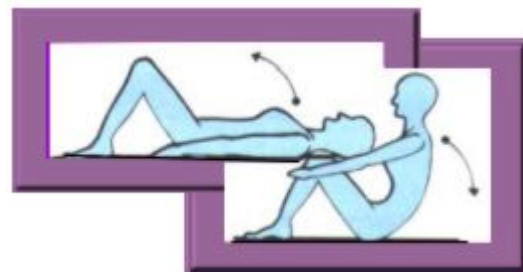


9.

Stoj spojný, chodidla rovnoměrně zatížená, stáhneme svaly hýžd'ové, břišní a pánev tlačíme vpřed - doporučujeme dechovou výdrž na 3, 5 vteřin, s výdechem uvolnění.

10. Postupně doporučujeme přidat i posilování na břišní a šikmé svaly:

a) leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, paže volně podél těla, ve výdechu si pozvolna sedáme (postupně s odkulováním páteře) a v nádechu se zvolna pokládáme na záda (opět zpětně odkulujeme páteř);



b) leh na zádech, dolní končetiny pokrčené, paže volně podél těla. Dolní končetiny střídavě prošlapujeme, jako bychom jeli na kole. Při cviku pravidelně dýcháme.

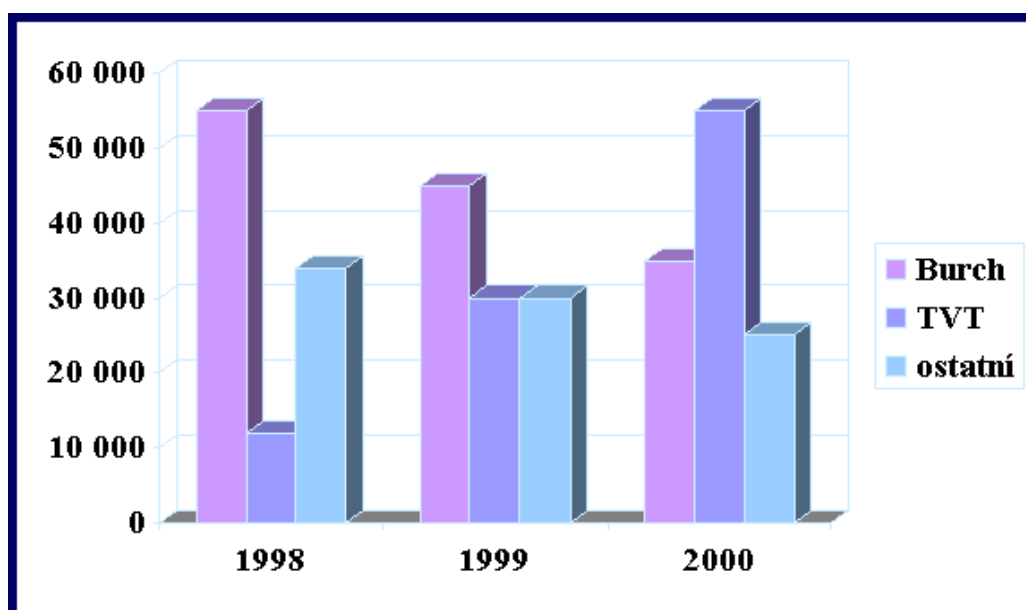
Graf četnosti používaných operačních metod v letech 1998 až 2000

(zdroj: <http://www.gyne.cz/clanky/2001/201cl9.htm>)

Četnost jednotlivých typů operací v r. 1998- 2000

Operační metoda	Rok 1998	Rok 1999	Rok 2000
<i>Burch</i>	55 000	45 000	35 000
<i>TVT</i>	12 000	30 000	55 000
<i>Ostatní</i>	34 000	30 000	25 000

Z uvedené statistiky vyplývá zřetelný trend ústupu „klasických“ urogynekologických operací ve prospěch operace TVT. (viz graf)



Dotazník pro stanovení diagnózy inkontinence (podle Gaudenz – Cardozz)

(zdroj: Citterbart, K. Gynekologie. 1. vydání: Praha, Galén 2001. 278 s. ISBN 80-7262-094-0.)

Pomočujete se někdy mimovolně?

- Ano
- Ne

Jak často se to stává?

- Zřídka
- Příležitostně
- Denně několikrát
- Prakticky neustále

Jak velké množství moči mimovolně odchází?

- Několik kapek
- Malé množství
- Velké množství

Jak často během dne musíte měnit spodní prádlo, protože je mokré?

- Není třeba
- Několikrát denně

Často používáte vložky?

- Když jdete ven
- I doma
- I když jdete spát

Když měníte vložku nebo prádlo jsou ...

- Suché
- Vlhké
- Mokré

Mimovolní pomočování pro Vás znamená ...

- Není to problém
- Příležitostně Vás to obtěžuje
- Velmi to obtěžuje
- Velice Vám to vadí

Při jaké příležitosti dochází k únikům moči?

- Při kašli a kýchání

Příloha č. 4 (2/3)

- Při smíchu
- Při chůzi ze schodů
- Při sestupování
- Při skákání a cvičení
- Vstoje
- Vsedě i vleže

Po jaké události se únik moči projevilo?

- Po porodu
- Po břišní operaci
- Po přechodu
- Jindy

Kolik dětí jste porodila?

- Žádné
- 1 – 3
- 4 a více

Menstruujete ještě?

- Ano
- Ne

Prodělala jste břišní operaci?

- Ano – jakou
- Ne

Pocítujete pálení při močení?

- Ano, během močení
- Ano, po močení
- Ne

Kolikrát během dne močíte?

- Každé 3 – 6 hodin
- Každou 1 – 2 hodiny
- Každou půlhodinu a častěji
- Je to různé

Budíte se v noci kvůli nucení, jak často v noci močíte?

- Nikdy
- Příležitostně
- 2 – 4x
- 5x a častěji

Pomočujete se v noci při spaní, aniž o tom víte?

- Nikdy
- Příležitostně
- Pravidelně

Máte-li nucení, musíte jít ihned nebo můžete počkat?

- Můžete čekat
- Musíte jít do 10ti minut
- Musíte jít ihned

Příloha č. 4 (3/3)

Stává se, že nestačíte dojít na WC a cestou se pomočíte?

- Nikdy
- Při nachlazení
- Příležitostně
- Pravidelně

Máte někdy náhle silné nucení a poté se nečekaně pomočíte?

- Ne
- Zřídka
- Často

Dokážete silou vůle přerušit proud moči?

- Ano
- Ne
- Nevím

Myslíte, že je Váš močový měchýř po vymočení prázdný?

- Ano
- Ne
- Ne vždy
- Nevím

Nepotlačitelné nucení je pro Vás ...

- Žádný problém
- Příležitostný problém
- Velmi Vám to vadí
- Nesmírně Vám to vadí

Kolik vážíte?

- 51 – 60 kg
- 61 – 70 kg
- 71 – 80 kg
- 80 kg a více

Trpíte návaly?

- Ano
- Ne

Užíváte hormonální léky?

- Ano
- Ne

Schematické zobrazení ultrazvukového pohledu na dolní močové ústrojí ve vztahu k diagnostice stresové inkontinence

(zdroj: Mašata, A., Martan. J. Operační léčba GSI v UZ obraze – kapitola z přílohy odborného časopisu Moderní gynekologie: Pánevní dno a jeho poruchy. Praha: Levert. č. 1, březen 2003. ISSN 1211-1058)

Legenda:

osa X – prochází středem symfýzy

osa Y – je kolmá na osu X vychází z dolního okraje symfýzy

α – inklinace uretry

β – zadní vezikouretrální úhel

γ – úhel mezi osou symfýzy a spojnicí vnitřního ústí s dolním okrajem symfýzy

p – vzdálenost vnitřního ústí k dolnímu okraji symfýzy

h – vzdálenost mezi uretrovezikální junkcí a dolním okrajem symfýzy

Příloha č. 6

Záznam uroflowmetrie

(zdroj: uroflow nemocné H.V.)

Příloha č. 7

Záznam cystometrie

(zdroj: cystometrie nemocné H.V.)

Příloha č. 8 (1/2)

**Ošetrovatelská dokumentace – anamnéza při přijetí nemocné
na JIP**

(zdroj: Ošetrovatelská dokumentace gynekologicko – porodnické kliniky FN)

Příloha č. 8 (2/2)

Příloha č. 9

Barthelův test základních všedních činností

*(zdroj: Staňková, M. České ošetřovatelství 6. 1. vydání Brno: NCO NZO, 2004.
55 s. ISBN 80-7013-323-6.)*

Plán ošetrovatelské péče

(Zdroj: volně přepracováno podle plánu ošetrovatelské péče - Trachtová, E. et al. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 1. vyd. Brno: IPDVZ, 180 s. ISBN 80- 7013-285-X, strana 181)

Odd.: JIP **Jméno: H.V.** **Datum: 11. ledna 2008**

Ošetrovatelská diagnóza	Bolest akutní
Cíl péče	Úleva od bolesti do 30ti minut po podání analgetika, Po celý den nebude nemocná bolest vnímat jako obtěžující
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none">• zjistí přesnou lokalizaci bolesti, její trvání, intenzitu a zhoršující faktory• podávej analgetika podle ordinace lékaře: Tramal 100 mg i.m. ihned po příjezdu z operačního sálu a dále v případě bolesti v minimálních intervalech 4 hodin• kontroluj vznik bolesti a účinek podaných léků• pomoz nemocné zaujmout úlevovou polohu• nauč nemocnou předcházet bolesti jednoduchými opatřeními• vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace• o zhoršení informuj lékaře

Ošetrovatelská diagnóza	Porucha spánku z důvodu bolesti a změny okolního prostředí
Cíl péče	Nemocná spí v průběhu časně pooperační péče minimálně šest hodin v celku a po spánku se cítí odpočatá. Doba usínání je maximálně 45 minut.
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none">• zajisti nemocné dostatek klidu• před zahájením spánku uprav lůžko• pouč nemocnou o vhodných relaxačních technikách• podej hypnotikum podle ordinace lékaře• vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace

Příloha č. 10 (2/5)

Ošetrovatelská diagnóza	Deficit soběstačnosti z důvodu omezení tělesné hybnosti
Cíl péče	Nemocná se snaží být během 0. pooperačního dne alespoň částečně soběstačná ve zvládnání jednotlivých úkonů a aktivně se podílí na činnostech vyžadujících její spolupráci. Omezení pohyblivosti vnímá jako přechodný.
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none"> vysvětlí nemocné, že necitlivost dolní poloviny těla vlivem svodné anestézie je dočasný a odezní přibližně po 12ti hodinách umístí signalizační zařízení v dosahu nemocné a seznámí ji s jeho funkcí pravidelně kontroluj stav kůže, aby nedošlo k poškození z důvodu zanedbání péče (nevhodná poloha kompresivních punčoch, nevhodná úprava lůžka) a použij vhodné antidekubitální pomůcky permanentní močový katétr vyved' horem přes dolní končetinu – dbej při tom na dostatečný spád močového katétru, aby byl zajištěn kontinuální odtok moči aktivně nabízej pomoc při zaujímání úlevové polohy, pití, apod. pravidelně kontroluj odeznívání svodné anestézie a návrat hybnosti vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace

Ošetrovatelská diagnóza	Změna vyprazdňování moči z důvodů zavedení permanentního močového katétru
Cíl péče	Nemocná neudává obtíže spojené s přítomností permanentního močového katétru po dobu jeho zavedení. Močový katétr bude mít dostatečný spád, aby moč mohla kontinuálně odtékat.
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none"> pečuj o močový katétr ve smyslu hygienické péče sleduj průchodnost permanentního močového katétru a vyvaruj se jeho zbytečnému rozpojování vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace podle ordinace lékaře permanentní močový katétr extrahuj – po mobilizaci, až bude nemocná schopna samostatné chůze na toaletu edukuj nemocnou o způsobu mikce po extrakci močového katétru po závěsné operaci kontroluj dobu a charakter mikce a informuj lékaře

Příloha č. 10 (3/5)

Ošetřovatelská diagnóza	Porucha kožní integrity z důvodu zavedení invazivních vstupů
Cíl péče	Veškeré invazivní vstupy jsou volně průchodné, nejeví známky infekce a po dobu pobytu na jednotce intenzivní péče nemocná subjektivně nevnímá negativní pocity v souvislosti se zavedenými invazemi a operačními ranami.
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none"> • 0. pooperační den prováděj sterilní převaz operačních ran 1x denně po večerní hygienické péči v případě, že nebude třeba převaz častější • pravidelně kontroluj vstup periferního žilního katétru a jeho převaz prováděj podle potřeby • udržuj průchodnost periferního žilního katétru kontinuální infuzí nebo proplachem katétru roztokem heparinu (0,4 ml Heparinu + 4,5 ml Fyziologického roztoku 1/1) • sleduj, zda nemocná nejeví známky infekce nebo přecitlivosti na některé krycí materiály

Ošetřovatelská diagnóza	Změna pocitu tělesné pohody z důvodu nemožnost perorálního příjmu tekutin
Cíl péče	Nemocná nemá pocit žízně do doby možnosti perorálního příjmu tekutin, nemá oschlé sliznice dutiny ústní a udává pocit zlepšení tělesné pohody.
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none"> • pouč nemocnou o nutnosti daného opatření (pooperační vliv analgosedace a přítomnost nauzey) • vysvětlí, že je možné vyplachovat dutinu ústní čistou vodou, případně malým kouskem ledu – tekutinu nepolykat • v dosahu nemocné umístí emitní misku a buničitou vatu • při úkonu nemocné pomáhají, její hybnost je výrazně omezena • při provádění večerní hygienické péče nemocné pomoz s hygienou dutiny ústní, umožni nemocné použít balzám na rty

Příloha č. 10 (4/5)

Ošetrovatelská diagnóza	Změna pocitu tělesné pohody z důvodu vlivu analgesedace
Cíl péče	Nemocná nebude během 0. pooperačního dne vnímat nepříjemný pocit nauzey a nebude zvracet. V případě přítomnosti nauzey budou intervence zahájeny včas, aby nedošlo ke zvracení.
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none">• aplikuj antiemetikum podle ordinace lékaře – Torecan amp. v infuzi Hartmanova roztoku a dále v případě nauzey jako bolusovou intravenózní injekci (Torecan 1 amp. + 4 ml Fyziologického roztoku 1/1)• poskytni nemocné informace o všech opatřeních týkajících se nauzey a zvracení (nemožnost perorálního příjmu tekutin, dosah emitní misky)• informuj nemocnou o umístění signalizačního zařízení v jejím dosahu a pouč ji, aby informovala sestru změně stavu ve smyslu nauzey nebo zvracení• vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace• o všech komplikacích informuj lékaře

Ošetrovatelská diagnóza	Možnost vzniku trombembolické nemoci
Cíl péče	Nemocná neutrpí v časném pooperačním období poškození zdraví v souvislosti se vznikem trombembolické nemoci a bude znát preventivní opatření, jak vzniku předcházet a bude znát příznaky trombembolické nemoci.
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none">• podávej nízkomolekulární heparin podle ordinace lékaře – Fraxiparine 0,3 ml s.c. 1x za 24 hodin ve 20:00 hodin• zajisti správné navlečení kompresivních punčoch tak, aby plnily svoji funkci• průběžně sleduj stav dolních končetin• vysvětli nemocné zásady prevence a ihned, jak je to možné, zahaj mobilizaci a rehabilitaci• vše zaznamenej do ošetrovatelské dokumentace

Příloha č. 10 (5/5)

Ošetrovatelská diagnóza	Možnost vzniku poškození organismu v důsledku pádu v souvislosti se sníženou pohyblivostí a s pooperační dezorientací.
Cíl péče	Nemocná neutrpí poškození organismu ve smyslu poranění, pohmoždění nebo zlomenin kostí jako následek pádu vlivem přetrvávání účinku analgosedace nebo vlivem snížené hybnosti. Neutrpí ani poškození ve smyslu vzniku dekubitů v časném pooperačním období.
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none"> • připrav lůžko ještě před příjmem nemocné z operačního sálu a zajisti potřebné antidekubitální pomůcky • zkontroluj aktuální stav vědomí nemocné a zkontroluj i stav kůže – zejména dolních končetin • uprav polohu nemocné tak, aby byla zajištěna její bezpečnost • použij antidekubitální pomůcky tak, aby nedošlo ke vzniku dekubitů • dbej na správnou polohu kompresivních punčoch a na stav ložního prádla (bez záhybů nebo cizích předmětů v lůžku) • pravidelně sleduj odeznívání analgosedace a stav vědomí • pravidelně kontroluj stav kůže a sleduj odeznívání působení svodné anestézie a návrat hybnosti a citlivosti dolních končetin • po úplném odeznění působení svodné anestézie zahaj mobilizaci rehabilitaci

Ošetrovatelská diagnóza	Možnost vzniku infekce z důvodu narušení integrity kůže a přítomnosti vstupů do organismu.
Cíl péče	Nemocná nebude jevit do překlady na standardní oddělení známky celkového ani místního vzniku infekce, invazivní vstupy budou bez zarudnutí, otoků a bolestí.
Krátkodobý plán	<ul style="list-style-type: none"> • 0. pooperační den prováděj sterilní převaz operačních ran 1x denně po večerní hygienické péči v případě, že nebude třeba převaz častější • pravidelně kontroluj vstup periferního žilního katétru a jeho převaz prováděj podle potřeby • sleduj, zda nemocná nejeví známky infekce nebo přecitlivosti • pravidelně měř tělesnou teplotu – v 18:00 hodin